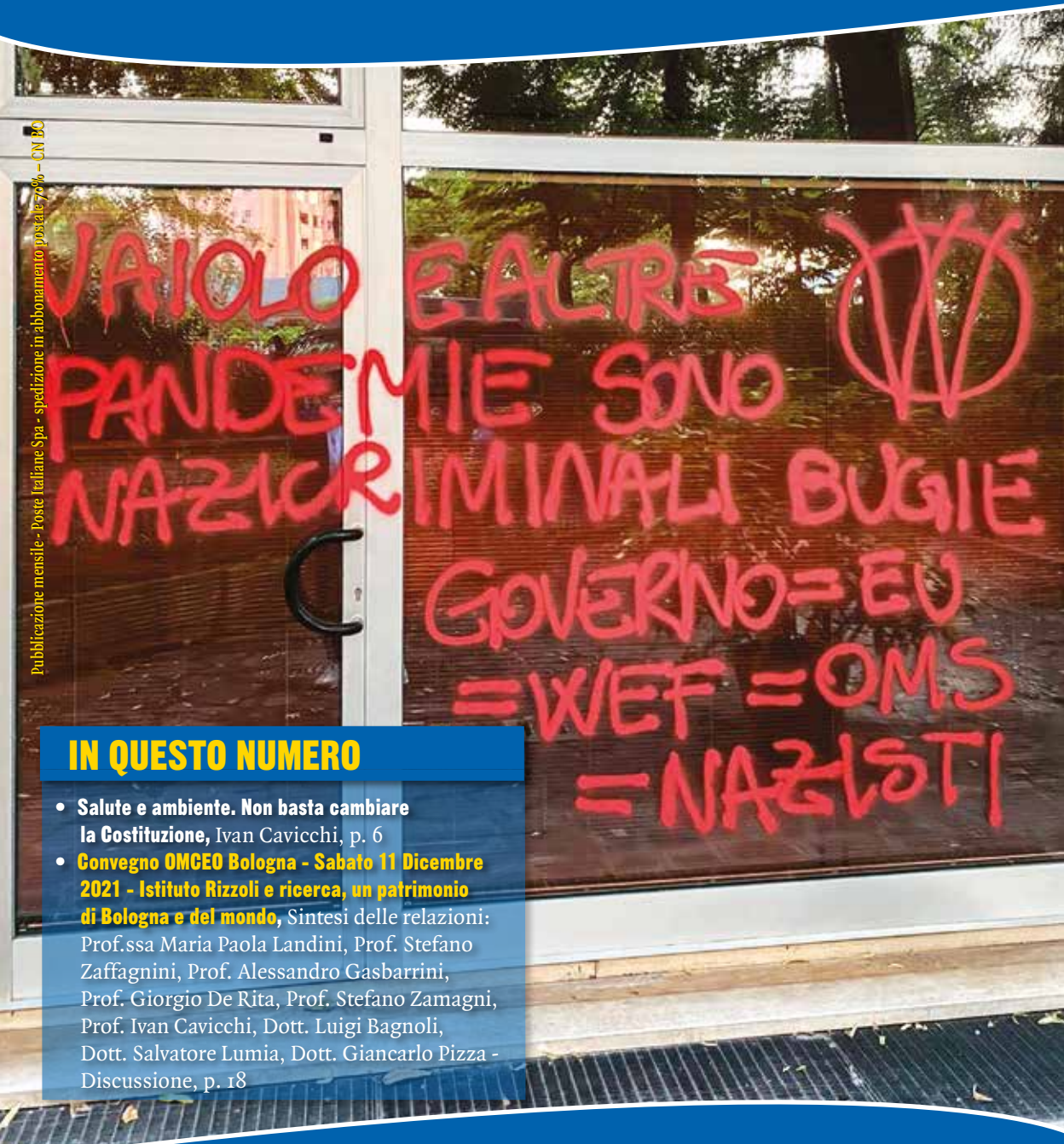
Bollettino Notiziario

anno LIII - N° 6 giugno 2022

Pubblicazione mensile - Poste Italiane Spa - spedizione in abbonamento postale 70% - CN BO



IN QUESTO NUMERO

- **Salute e ambiente. Non basta cambiare la Costituzione,** Ivan Cavicchi, p. 6
- **Convegno OMCEO Bologna - Sabato 11 Dicembre 2021 - Istituto Rizzoli e ricerca, un patrimonio di Bologna e del mondo,** Sintesi delle relazioni: Prof.ssa Maria Paola Landini, Prof. Stefano Zaffagnini, Prof. Alessandro Gasbarrini, Prof. Giorgio De Rita, Prof. Stefano Zamagni, Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Luigi Bagnoli, Dott. Salvatore Lumia, Dott. Giancarlo Pizza - Discussione, p. 18

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

VILLA RANUZZI

via Casteldebole, 12
40132 Bologna
tel 051 613 76 11
fax 051 613 76 19
info@villaranuzzi.it
www.villaranuzzi.it

VILLA SERENA

Via Toscana, 219
40141 Bologna
tel 051 47 70 01
tel 051 48 11 94
info@villaserena-bo.it
www.villaserena-bo.it

Villa Ranuzzi e Villa Serena accolgono anziani non più autosufficienti mettendo a disposizione posti privati di Casa Protetta/RSA. Assistenza personalizzata con un servizio di animazione qualificato, fisioterapia in palestre attrezzate, presenza medica anche di notte e nei festivi. Tariffe differenziate. No lista d'attesa.

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

Bollettino Notiziario

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATORE
Dott. Paolo Cernuschi

REDAZIONE
Abbati Dott. Pietro
Catellani Dott. Stefano
Cupardo Dott. Marco
Dugato Dott. Andrea
Fini Dott. Oscar
Gentili Dott. Andrea
Giordani Dott. Stefano
Lumia Dott. Salvatore
Manneschi Dott. Valdimaro
Pileri Prof. Stefano
Tonini Dott.ssa Valeria

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile
Poste Italiane Spa - Spedizione
in abbonamento postale 70% – CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di MAGGIO 2022
è stato consegnato in posta
il giorno 13/06/2022

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LIII - GIUGNO 2022 N° 6

ARTICOLI

L'incapacità di ragionare produce risposte solo violente contro nemici immaginari • **3**

Associazione Annarosa Andreoli: Disturbi sul Comportamento Alimentare (DCA) e altre attività • **4**

Salute e ambiente. Non basta cambiare la Costituzione • **6**

NOTIZIE • **11**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **11**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **11**

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • **13**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

In copertina:

L'ignoranza genera solo violenza.
7 giugno 2022, i vandali all'OMCEO di Bologna.

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine segreteria@odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente
Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario
Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere
Dott. LODI VITTORIO

Consiglieri Medici
Dott. BONVICINI ANDREA
Dott. CUPARDO MARCO
Dott.ssa ESQUILINI ANNA
Prof. LIGUORI ROCCO
Dott. LUMIA SALVATORE
Dott. MASOTTI MASSIMO
Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA
Prof. PRATI CARLO
Dott.ssa SCHLICH GIULIANA
Prof. TREVISANI FRANCO
Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. BONDI CORRADO
Dott. RUBINI GIOVANNI

Commissione Albo Medici

Presidente:	Dott. LUMIA SALVATORE
Vice Presidente:	Dott. CUPARDO MARCO
Segretario:	Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Vice Presidente:	Dott. RUBINI GIOVANNI
Segretario:	Dott. AVANZINI GIAMPAOLO
Componenti:	Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO
	Dott. MEDI MASSIMILIANO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott.ssa ELISA FABBRI
Componenti:	Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE
	Dott. GIORDANI STEFANO
Supplente:	Dott. ZATI ALESSANDRO

L'incapacità di ragionare produce solo risposte violente contro nemici immaginari

Vittorio Lodi

Qualche giorno fa alcuni personaggi abituati a vivere nell'ombra e a nascondersi, magari dietro qualche sito web pieno di fake news, nottetempo hanno imbrattato le vetrine del nostro Ordine.
Non credo che questo gesto meriti alcuna parola in più.
A questi personaggi dedico, però, una poesia di Trilussa, pur sapendo che difficilmente la comprenderanno.

ER NEMMICO
Trilussa (Carlo Alberto Salustri)

Un Cane Lupo, ch'era stato messo
de guardia a li cancelli d'una villa,
tutta la notte stava a fa' bubbù.
Perfino se la strada era tranquilla
e nun passava un'anima: lo stesso!
nu' la finiva più!
Una Cagnola d'un villino accosto
je chiese: – Ma perché sveji la gente
e dài l'allarme quanno nun c'è gnente? –
Dice: – Lo faccio pe' nun perde er posto.
Der resto, cara mia,
spesso er nemmico è l'ombra che se crea
pe' conservà un'idea:
nun c'è mica bisogno che ce sia.

Associazione Annarosa Andreoli: Disturbi sul Comportamento Alimentare (DCA) e altre attività

L'Associazione Annarosa Andreoli, fondata nel 2003, si propone di continuare l'opera della Dott.ssa Andreoli, indirizzata alla fascia d'età giovanile-adolescenziale, laddove più facilmente si manifestano quei disagi che sfociano in atteggiamenti comportamentali devianti.
Nata per intervenire nel campo dei Disturbi sul Comportamento Alimentare (DCA), intende però ampliare la propria azione anche in altri ambiti del mondo giovanile (relazioni, cyber bullismo, dipendenze, social e altro) che negli ultimi anni si sono manifestati in modo preminente.
L'aiuto si estende anche al nucleo familiare ritenendo che la famiglia sia punto nodale nell'intervento terapeutico, garantendone così il mantenimento nel tempo.
Dal 2005 l'Associazione Andreoli ha istituito Borse di Studio (€ 120.000) destinate a Sanitari attivi in Ricerca e Assistenza in ambito giovanile e in contributi, indirizzati a famiglie con difficoltà economiche per sostenere i costi di interventi terapeutici mirati.
Inoltre il Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna ha ricevuto il contributo di € 40.000 per il miglioramento dell'emergenza sanitaria.
Questo per ricordare una persona, Annarosa Andreoli, che ha speso vita e professione a sostegno di una fascia d'età che, nel viaggio verso l'età adulta, potrà contare su un aiuto fattivo, sia medico che psicologico.

Direttivo:
Dott. Vittorio Foschi, Presidente Onorario; Comm. Francesco Mauro, Presidente; Renata Morresi, Vice Presidente; Raffaele Mongiorgi, Consigliere.

Collegio Sindacale:
Dott. Nicola Masci, Antonio Ucci, Monica Marisaldi

Comitato Scientifico:
Dott. Mauro Voza, Dott. Davide Foschi, Dott. ssa Valentina Francia, Dott. Stefano Dambruoso, Sostituto Procuratore presso la Procura di Bologna.

I disturbi alimentari solitamente esordiscono in età adolescenziale, tuttavia negli ultimi anni si sta sempre più assistendo ad esordi precoci, durante l'infanzia e la prima adolescenza.
Studi epidemiologici registrano un'incidenza di questa problematiche nel 25-45%dei bambini.
Inoltre molti autori hanno evidenziato una correlazione tra insorgenza di disturbi infantili dell'alimentazione e successive difficoltà in età adulta.
Nel riferirsi a questa giovane popolazione Bryant-Waugh e Piepenstock [Bryant-Waugh, R. (2010). Feeding and eating disorder in childhood. Int J Eat Disord 2010; 43:98-111] propongono di utilizzare i termini di "*feeling disorders*" (anziché *eatingdisorder*) ossia disturbi della nutrizione dove il disturbo viene inserito all'interno di una cornice relazionale.
Come indicato dalla Consensus Conference del 2012 il primo livello di prevenzione, quello al quale noi facciamo riferimento, è la prevenzione primaria (ossia tutte quelle attività dirette a evitare che una malattia insorga).
Da un punto di vista metodologico il modello di intervento è quello dei fattori non specifici di vulnerabilità (Non-Specific Vulnerability-Stressor-Model, NSVS). Il modello NSVS è diretto a contrastare fattori di rischio aspecifici e a potenziare fattori generali di protezione, ovvero abilità o *lifeskills* individuali e sociali (World Health Organisation - WHO, 2005).
Questo progetto ha come obiettivo primario quello di effettuare un intervento di prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare nella popolazione pediatrica (9-11 aa).
Gli incontri sono rivolti agli studenti di IV e V della scuola primaria e scuola secondaria di primo grado. Gli incontri vengono pensati da due prospettive, entrambi di tipo educativo: da un lato un approccio medico, dall'altro un approccio psicologico.

Il numero degli incontri potrà essere concordato con il corpo docente in base alle loro esigenze ed alla loro disponibilità, così come la durata (1, 2 ore).
I lavori si apriranno con un incontro rivolto ai genitori ed insegnanti. L'obiettivo da un lato è quello di conoscerci e comprendere le esigenze delle famiglie e della scuola, dall'altro quello di cominciare a comprendere sia i segnali tipici del Dca nell'infanzia sia sottolineare quali comportamenti (e parole) sono favorenti un buon approccio con il cibo.

Progetto di educazione alimentare (dr. Voza)
– Le risorse alimentari: fra qualche anno basteranno per tutta la popolazione mondiale?
– Rispetto dell'acqua.
– Rispetto del cibo:
  • consumo adeguato alle proprie esigenze;
  • appropriata conservazione;
  • attenzione alla scadenza.
– Mangiare per crescere:
  • Io e il cibo: come il cibo viaggia nel mio corpo;
  • Scoperta ai sapori: come il sapore stimola il mio rapporto con il cibo;
  • Come i componenti del cibo si trasformeranno nei componenti del mio corpo;
  • Come un'alimentazione non corretta può pregiudicare il futuro della mia vita:
    - Il sale;
    - Lo zucchero;
    - L'olio;
    - Pane & pasta;
    - I latticini (latte, burro, formaggi);
    - La carne;
    - Verdura e frutta;
    - I semi.

Quali sono le modalità di una corretta alimentazione?
  • Colazione del mattino: istruzioni per l'uso;
  • Pranzo;
  • Merenda;
  • Cena;
  • Il pasto fuori pasto.

Cosa faranno i bambini:
– ad ogni incontro didattico verranno fornite schede per valutare l'apprendimento;
– a fine ciclo un'aula didattica di "finta cucina":
  • qual è il mio programma alimentare per la mia giornata.

Cosa faranno i Genitori:
– questionario:
  • quanto l'alimentazione quotidiana è congruente alle richieste alimentari per l'età;
  • quanto il percorso didattico può aver cambiato (in parte o in toto) le abitudini alimentari della famiglia;
  • quanto il controllo sullo spreco alimentare può influenzare l'economia domestica.

Le emozioni e il cibo (dr.ssa Francia)
Gli incontri con la psicologa saranno 4 (salvo diverse necessità della scuola):
1. Nel primo incontro l'obiettivo è di introdurre l'idea che cibo ed emozioni sono collegate, soffermandoci sul fatto che le emozioni mangiano, e ci fanno mangiare, cose diverse.
– Creiamo una carta d'identità che raccolga le caratteristiche fisiche dei bambini, i loro interessi, hobby e punti di forza. Cosa gli piace mangiare e cosa non gli piace.
– EMOZIONI, si prendono in esame le emozioni primarie: rabbia, paura, tristezza, gioia, sorpresa, disprezzo e disgusto.
A seguito si chiede ai bambini quali altre emozioni conoscono?
2. Anche per le emozioni si crea una carta identità. Il secondo incontro ha come obiettivo quello di aumentare la consapevolezza delle sensazioni fisiche (es. la fame) e delle emozioni iniziando a connettere emozioni-corpo-cibo. Lavoriamo in gruppi;
– Cominciamo a capire dove sentiamo le emozioni, nella pancia, nel petto, nella testa. Creiamo delle sagome e disegnato dove sentiamo le emozioni nel corpo;
– Via alle parole: cosa faccio quando mi sento... (triste, arrabbiato, felice), cosa potrei fare?
3. Il terzo incontro vuole creare un collegamento tra ciò che mangiamo e ciò che proviamo
– cosa mangiano le emozioni?
– cosa mangio io quando provo quelle emozioni?
4 Il quarto incontro ha una funzione di controllo e chiusura dei lavori. Viene effettuato con i bambini e si lascia a loro la possibilità di portare temi (anche diversi ma utili per loro) e verificare cosa hanno appreso.
Il progetto non prevede costi per le scuole.

Salute e ambiente. Non basta cambiare la Costituzione

Ivan Cavicchi

Che senso ha considerare la salute e l'ambiente beni e valori costituzionali, quindi da tutelare, mettendo giustamente limiti all'economia, senza ripensare, prima di tutto, le teorie economiche sulla sostenibilità che hanno arbitrariamente imposto le controriforme dell'art. 32?

11 APR -
Io rivoglio l'art 32

Secondo me coloro che ritengono, come Articolo 1 e il PD, che in sanità il neo-liberalismo sia compatibile con l'art. 32, non solo tradiscono gli ideali di giustizia della sinistra, quindi negano la sinistra, ma quel che è peggio tradiscono i cittadini, in particolare quelli socialmente più deboli, cioè quelli che, solo grazie ed esclusivamente ai diritti, possono sperare di essere curati come gli altri. Faccio notare che, con la riforma ter della Bindi, come dimostrano i dati sui fondi integrativi (QS 8 aprile 2022), a guadagnarci sono state le categorie sociali più forti ma a rimetterci sono state le categorie sociali più deboli. E questo se andava bene con l'interclassismo clientelare della Democrazia Cristiana della Bindi, con la sinistra che prima di tutto difende i più deboli non dovrebbe avere niente a che fare, a meno di supporre, come molti suppongono, che DC e PD siano equivalenti.

Se, i diritti sono fondamentali, allora i diritti, non possono essere né "svenduti" né "venduti" al mercato, perché nel momento in cui ciò avviene, come è avvenuto proprio con la controriforma della Bindi del '99, i diritti muoiono.

Siccome non riesco a rassegnarmi all'idea di perdere l'art. 32 nel senso che continuo a considerare la sua controriforma, a parte un tradimento morale e politico della sinistra ma soprattutto una vera tragedia sociale, vorrei proporre, sfidando il senso comune dei più, un supplemento di riflessione, approfittando di una circostanza che, a sentire i costituzionalisti, riveste un grande rilevanza storica, vale a dire la modifica degli articoli 9 e 41 della Costituzione.

L'articolo 9 tutela la ricerca scientifica e il paesaggio come beni, l'articolo 41 dice che l'economia non deve arrecare danno alla salute, alla sicurezza, ecc.

Diritti blu rossi e verdi

Vasac, un noto giurista ceco, ha classificato i diritti in tre generazioni distinguendole per colore, blu, rosso e verde (la prima, la blu, comprende i diritti civili e i diritti politici; la seconda, la rossa, i diritti economici, sociali e culturali; la terza, la verde, i cosiddetti diritti di solidarietà, di cui fanno parte l'autodeterminazione, la pace, lo sviluppo, la difesa dell'ambiente, la qualità della vita).

Il diritto alla salute secondo Vasac sarebbe quindi un diritto rosso.

La Camera dei deputati ha definitivamente approvato la proposta di legge costituzionale che modifica gli articoli 9 e 41 della Costituzione, introducendo nella nostra Costituzione tra i principi fondamentali la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi.

La tutela costituzionale dell'ambiente non era prevista nella prima redazione della Costituzione (75 anni fa l'emergenza ambientale e climatica che abbiamo ora era inimmaginabile).

Mettere la tutela ambientale all'interno della Carta costituzionale è una prerogativa delle Costituzioni di terza generazione, quelle in vigore nella seconda metà degli anni '70 e che hanno subito l'influenza dei primi sviluppi della tutela ambientale in ambito internazionale.

Questa "inclusione" per noi della sanità, riveste un grande significato, perché, dicono i costituzionalisti, essa altro non è che una interpretazione estensiva ed evolutiva degli articoli 9 e 32.

Cioè il diritto alla salute, diritto rosso di seconda generazione, attraverso i diritti di terza generazione (ambientali, protezione delle risorse naturali, l'equità intergenerazionale, sviluppo sostenibile, ecc.), si estende, si allarga acquista nuove prerogative e cosa fondamentale:

• senza perdere il suo carattere antropocentrico

cioè riconfermando, a dispetto degli orientamenti ecocentrati e biocentrati, il principio dell'art. 32 quindi la centralità della persona;
• riaffermando il principio solidarista dell'art. 32, cioè quel principio, dicono sempre i costituzionalisti, che "non solo fa sì che questo rappresenti un valore costituzionale riconosciuto e garantito, e dunque vincolante, ma che esso si leghi in modo inscindibile con la tutela dei diritti fondamentali, divenendone una implicazione naturale"[1].

Ridefinire i rapporti tra economia e diritti

Nel momento in cui la salute si estende all'ambiente, quindi accrescendo oltre misura la sua già notevole complessità ontologica, implicitamente il legislatore è come se ponesse, rispetto al valore sovrano e allargato della salute, un limite all'iniziativa economica privata. Faccio notare come la Corte Costituzionale abbia, in più di un'occasione (ord. n. 186/1996, sentt. n. 196/1998, n. 190/2001 e n. 116/2006), posto il problema di compatibilità tra economia e ambiente per non parlare di quella tra salute e ambiente.
Questo, cioè la ridefinizione dei rapporti tra economia e salute, per me ha un grande significato politico perché mette fuori gioco di fatto le controriforme fatte contro l'art. 32.
Non va dimenticato che al grido "non si può dare tutto a tutti" le ragioni dell'economia, in modo neoliberistico, hanno indotto la sinistra di governo a contro-riformare nel '99 con la legge 229 l'art. 32.
Oggi, dopo la lezione salata della pandemia, dalla quale come è noto l'economia ne è uscita a pezzi, non troverei per niente velleitario riformulare i teoremi sula sostenibilità finanziaria sulla base dei quali si sono fatte le controriforme. Anzi al contrario troverei folle non farlo. E infatti trovo folle – e da laico aggiungo molto poco "cristiano" – che per il bene comune non si faccia, non dico un "atto di contrizione" sulle controriforme fatte, ma almeno un po' di onesta autocritica.
Io penso che nel nuovo quadro costituzionale la riforma ter della Bindi deve essere superata.

[1] R. Montaldo *Il valore costituzionale dell'ambiente, tra doveri di solidarietà e prospettive di riforma*, Quaderni costituzionali 2.2021.

Che senso ha...

Quindi vorrei che Articolo 1, il PD, il ministro Speranza, la sinistra, "Salute diritto fondamentale", la Bindi e chi ci ha parlato della "privatizzazione strisciante" (QS 14 settembre 2021) e tutti coloro che parlano di art. 32 senza sapere di che parlano, alla luce dell'allargamento del diritto alla salute all'ambiente, si ponessero delle domande:
• che senso ha allargare il dominio dell'art. 32 con la modifica dell'art. 9 e dell'art. 41 senza che nello stesso tempo si provveda a sottrarre il diritto alla salute al mercato, cioè senza prima ricostruire le condizioni politiche e giuridiche in ragione delle quali esso torni ad essere quello che era ed è sempre stato vale a dire un diritto di seconda generazione certo ma soprattutto un inalienabile diritto fondamentale?
• che senso ha considerare la salute e l'ambiente beni e valori costituzionali, quindi da tutelare, mettendo giustamente limiti all'economia, senza ripensare, prima di tutto, le teorie economiche sulla sostenibilità che hanno arbitrariamente imposto le controriforme dell'art. 32?
• che senso ha difendere un valore come la salute nei confronti dell'economia ma lasciando all'economia la libertà di sfruttarlo cioè di specularci sopra quindi di mercificarlo come si è deciso con l'art. 9 della riforma Bindi?

Coerenza, coerenza e ancora coerenza

In sostanza, ripeto, che senso ha, allargare in Costituzione attraverso l'ambiente la salute, senza cancellare quelle controriforme, regionalismo differenziato compreso, che in nome del teorema neoliberista, hanno ristretto il concetto di salute a merce? O a bisogni minimi? O peggio a bisogni "essenziali"? O al colmo dell'ipocrisia a bisogni "appropriati" fino a finire sulla graticola della sanità sostitutiva?
Io credo che anche in ragione della modifica dell'art. 9 e dell'art. 41 in Costituzione, che la sinistra intera ha votato, sia giunto il momento della coerenza e quindi fare una bella quarta riforma prima di tutto per cancellare la legge 229 del 1999 o meglio per cancellare tutta quella roba che è sia in aperta contraddizione con l'art. 32, sia con gli articoli 9 e 41.
Nello stesso tempo chiedo alla Bindi di aprire la strada. Cioè di dare il buon esempio. Perché basterebbe solo questo a far cambiare il corso poli-

tico delle cose. Ma, come ve lo devo dire, che se non rimediamo agli errori del passato, la sanità pubblica non ha futuro?

Ma quando la finiamo di fare slogan?

Una ultima considerazione. È inutile rimarcare che l'estensione del diritto alla salute all'ambiente cambia, e non di poco, l'idea di salute, di servizio, la strategia di intervento e l'epistemologia della tutela della salute e della prevenzione.

E rivolgendomi questa volta direttamente a Speranza, con tutto il rispetto che il suo ruolo merita, gli chiedo:

• ma lei ministro, come fa a votare i diritti della terza generazione senza preoccuparsi di difendere quelli della prima e della seconda?

• come fa a votare gli articoli 9 e 41 e nello stesso tempo a rifilarci proprio sulla prevenzione tutte quelle banalità scritte nella missione 6 del PNRR?

Lei, ministro Speranza, al Global Health Summit che ha impeccabilmente presieduto (21 maggio 2021), in modo molto *cool*, ci ha sparato lo slogan One Health, ora, in occasione della giornata mondiale dell OMS lo slogan è cambiato (Our planet, Our health) e lei signor ministro, serafico, ci dice che "prendersi cura del pianeta vuol dire prendersi cura della salute di tutti noi" (QS 7 aprile 2022).

Scusi ministro, a parte che con gli slogan oltre l'uscio di casa non si va, ma non le viene in mente, da uomo di sinistra, o di "quasi sinistra", che proprio alla luce delle modifiche costituzionali, ripeto, da lei votate, a questo punto ci vorrebbe una coraggiosa inversione di marcia?

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Reparti degenza:
- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

Monitoraggio cardiorespiratorio
Studio apnee notturne e russamenti
Tel. 051.338475
neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Certificato

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:

COLIBRÌ® E PLURIBUS UNUM CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp European Union of Private Hospitals

Ricoveri ospedalieri

Post acuzie

Riabilitazione

Pazienti affetti da disordini della coscienza

Ricerca e formazione

SANTA VIOLA
Presidio Ospedaliero Accreditato
via della Ferriera, 10,
Bologna 40133
t. 051 38 38 24
info@santaviola.it
www.santaviola.it

Seguici su facebook

Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva
con tecnologia robotica
LOKOMAT PRO®
e ARMEO POWER®
per il recupero degli arti inferiori e superiori

L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

via Bellombra 24
40136 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

sandrostefanelli.com

Aut.San. N. PG 121388 del 13.05.10 © foto: Hocoma, Switzerland

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato all'11 maggio 2022

COCO GIORGIO	320/04.09.853	NICOLETTI SIMONE	351/60.04.855

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
UMBERTO DONATI	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
FABIO FRANCESCO BUTERA	Odontoiatra – Ortognatodonzia	349/79.31.655

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' A.M.A.B.
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 366-2876956, **www.amabonline.it**
infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com

L'Istituto è attivo dal **1986**. Rappresenta uno dei primi esempi in Italia di **integrazione fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale**. Oltre all'attività di assistenza medica, è la sede dell'attività di Ricerca e Didattica dell' A.M.A.B. Scuola Italo-Cinese di Agopuntura

Vi operano **10 medici qualificati** che lavorano in tutti i campi in cui l'**Agopuntura** ha le sue maggiori indicazioni:
- **Cefalee** croniche, **emicrania**
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie **gastriche** e **intestinali**
- Patologie **dermatologiche**
- Patologie **ginecologiche**

Percorsi terapeutici specifici:
- Trattamento dell' **infertilità** maschile e femminile e supporto alla **procreazione medicalmente assistita**
- Trattamento **anti-aging**
- Trattamento **pediatrico**

A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

Per le radiografie è obbligatoria la prescrizione del medico

SEMPLICE E VELOCE SENZA LISTA D'ATTESA
SCEGLI IL GIORNO E IL LUOGO PER IL TUO ESAME. AL RESTO CI PENSIAMO NOI

INFO E PRENOTAZIONI
Prenota on-line sul sito clinicadomicilio.it o chiama il numero 800100670 oppure scrivi a info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - 800100670

800100670 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO E SONNOLENZA RESIDUA: ESPERIENZE A CONFRONTO

29 gennaio 2022 - Aula Magna Anatomia Umana - Università di Bologna - Via Irnerio, 48 - Bologna

La Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS) è una malattia cronica ampiamente diffusa nella popolazione generale e con rilevanti conseguenze sanitarie, sociali ed economiche. I più recenti dati epidemiologici, ottenuti in una popolazione adulta, indicano una prevalenza del 49,7% nel sesso maschile e del 23,4% in quello femminile. È stimato che circa 80% dei soggetti OSAS non siano identificati come tali e pertanto non sono in cura per questa malattia. Pur essendo l'obesità il suo maggiore fattore di rischio, l'OSAS è significativamente presente anche in soggetti normopeso. È a sua volta fattore di rischio ed è associata alle più frequenti cause di morte (ipertensione arteriosa sistemica, malattia coronarica, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, stroke, diabete mellito, insufficienza renale, broncopneumopatia cronica ostruttiva) nel mondo occidentale.
Le diverse opzioni terapeutiche oggi disponibili (adozione di corretti stili di vita, terapia posizionale, applicazione di una pressione positiva nelle vie aeree o di dispositivi odontoiatrici di avanzamento mandibolare, la chirurgia otorinolaringoiatrica o maxillofacciale) rendono possibile la risoluzione degli eventi apnoici ed ipopnoici durante il sonno e la prevenzione ed il controllo delle alterazioni metaboliche e cognitive causa delle complicanze cardio e cerebrovascolari.
Essendo l'OSAS una malattia di interesse multidisciplinare è di primaria importanza l'azione integrata e condivisa dei diversi medici specialisti come anche quella dei diversi professionisti sanitari che in modo determinante partecipano alla realizzazione della diagnosi e del trattamento.
Durante i lavori del Convegno è stata data rilevanza alla creazione di un team multidisciplinare e multiprofessionale che renda possibile il migliore utilizzo del bagaglio formativo e delle esperienze dei diversi attori coinvolti nella gestione a lungo termine dei soggetti affetti da OSAS. La sinergia tra specialisti di differenti discipline certamente è stato un punto focale del convegno, che ha evidenziato l'importanza della collaborazione tra colleghi con l'obiettivo di fornire gli strumenti professionali e culturali necessari per la creazione di team "dedicati". L'approccio dei vari specialisti, che hanno condiviso le proprie esperienze professionali, interagendo sui differenti aspetti della malattia, ha contribuito ad indicare ai discenti presenti quelli che sono gli strumenti necessari per la gestione del paziente OSAS.

* * *

UROLOGIA: GLI AGGIORNAMENTI

19 Marzo 2022 - Medinformabologna

Un convegno sugli aggiornamenti in urologia e la presentazione di un libro i cui proventi andranno a sostegno di un progetto di solidarietà con il Vietnam.
Sabato 19 marzo al Centro Medinforma di Bologna sotto il segno de 'La Ripartenza', tema su cui il poliambulatorio punterà per il mese di marzo, dedicato alla donna. Responsabili dell'evento scientifico, il chirurgo urologo pediatra Roberto De Castro

e il chirurgo urologo Alessandro Di Silverio, affiancati da relatori come il segretario regionale Simp dei pediatri dell'Emilia Romagna, Alessandro Ballestrazzi, e il segretario regionale Simg dei medici di medicina generale, Donato Zocchi. Coordinatore scientifico Lucio Catamo, provider con Medinforma.
Il momento di solidarietà è previsto alle 12, aperto dagli allievi del conservatorio di Bologna G.B. Martini, con la presentazione del libro 'Il Bimbo e le belve', edito da Baldini & Castoldi, con l'introduzione di Albano Carrisi, una storia vera scritta da Roberto De Castro con Viliam Amighetti che racconta di un bimbo appena nato, abbandonato in una foresta in Vietnam, trovato senza una gamba e i genitali sbranati dalle belve, e curato ed operato con personali tecniche chirurgiche da De Castro, che ha avviato un progetto di solidarietà con il Vietnam attraverso l'associazione 'Thien Nhan and Friends' per la cura delle malformazioni e anomalie genitali dei bambini, con sede in Vietnam. Presiederanno il presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna, Luigi Bagnoli, e Felicia Bottino.

* * *

INFORMARE E COMUNICARE LA PROGNOSI A QUATTRO ANNI DALLA LEGGE 219/2017

Bologna 22 marzo 2022

Un evento scientifico per professionisti sanitari organizzato da Fondazione ANT
Si è tenuto martedì 22 marzo alle 14.30 il seminario "Informare e comunicare la prognosi a quattro anni dalla Legge 219/2017" promosso e ospitato da Fondazione ANT nella sede di Bologna (via Jacopo di Paolo, 36 - disponibile anche da fuori città in modalità online).
Il seminario, patrocinato da Ordine dei Medici di Bologna, Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna, Ordine delle Professioni Infermieristiche e Società Italiana di Cure Palliative - SICP, si è proposto un aggiornamento sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e sull'applicazione della Legge 219/2017, a ormai più di quattro anni dalla sua approvazione.
Con l'entrata in vigore della Legge 219/2017 è possibile infatti, per ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, redigere le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT). Tale documento serve per dichiarare le proprie volontà in merito ai trattamenti sanitari e più in generale alle scelte di cura che una persona potrebbe dover affrontare in condizioni future, quando la propria capacità di intendere e di volere o comunque di esprimersi fosse compromessa. La compilazione delle DAT offre quindi l'opportunità sia di esprimere le proprie preferenze rispetto agli eventuali trattamenti sanitari futuri sia di condividere la pianificazione dei propri percorsi di cura. In tutto ciò, i medici e l'équipe sanitaria occupano un ruolo primario e grazie alla loro competenza professionale rimangono gli interlocutori privilegiati con i quali instaurare una relazione di fiducia che possa supportare le persone nelle proprie scelte.
A oggi, è possibile depositare le proprie DAT presso un notaio, oppure redigerle di proprio pugno sotto forma di scrittura privata per poi consegnarle personalmente al Comune di residenza.
Per affiancare i pazienti, le loro famiglie e i cittadini in generale che desiderino compilare le DAT, presso ANT è attivo uno Sportello (sia telefonico - 051 7190111 dalle 9.00 alle 17.00 - sia per appuntamento presso la sede ANT di Bologna) dove gli

psicologi della Fondazione forniscono informazioni e indicazioni per comprendere e usufruire al meglio di questo strumento. Inoltre è possibile scaricare dal sito **www.ant.it** un opuscolo informativo che contiene anche un modulo DAT compilabile.
In occasione dell'incontro di martedì 22 marzo si è parlato degli aspetti etici, legali e degli sviluppi della legge ma soprattutto è stato affrontato il tema della pianificazione condivisa delle cure, **trattato nell'Articolo 5 della 219/2017**. Anche se talvolta meno enfatizzata, la condivisione dei percorsi di cura risulta centrale nell'assistenza del paziente affetto da malattia cronico-degenerativa e con esso il ruolo dei diversi professionisti coinvolti nell'informazione e comunicazione con i pazienti e la famiglia. Di questo si è parlato con Guido Biasco (Professore di Oncologia Medica presso l'Alma Mater di Bologna) che insieme a Silvia Varani (Psico-oncologo Psicoterapeuta, presso Fondazione ANT); hanno moderato l'evento con i relatori Marco Veglia (Professore Associato di Filologia Classica e Italianistica, Università di Bologna), Carla Faralli (Professore Ordinario di Filosofia del diritto presso l'Alma Mater), Stefano Canestrari (Professore Ordinario di Diritto Penale, Università di Bologna, Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica) e Andrea Bovero (Psicologo Psicoterapeuta, SSD Psicologia Clinica Dip. Neuroscienze, Università di Torino).
Questo si è inserito inserisce a pieno titolo nell'attuale evoluzione di un modello di cura che favorisca il coinvolgimento diretto della persona e la condivisione dei propri percorsi terapeutici con i professionisti della salute.

* * *

WORLD HEALTH DAY È "IL NOSTRO PIANETA, LA NOSTRA SALUTE" (OUR PLANET, OUR HEALTH)

7 aprile 2022

Lo scorso **7 aprile** si è celebrata la Giornata mondiale della Salute, il *World Health Day,* che ha coinciso con il giorno in cui si commemora il 74esimo anniversario dell'avvio dell'attività dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'agenzia delle Nazioni Unite.
Il tema scelto per l'edizione 2022 *del World Health Day è* "Il nostro pianeta, la nostra salute *("Our Planet, Our Health*) ".

L'appello Oms per il World Health Day 2022
La pandemia di COVID-19 ha aiutato a comprendere l'importante ruolo della scienza ma ha anche evidenziato le disuguaglianze a livello mondiale in diversi settori (salute, economia, ecc.) sollecitando l'urgenza di creare società sostenibili e del benessere (*sustainable well-being societies*) con l'impegno di raggiungere una salute equa per le generazioni attuali e future senza violare i limiti ecologici.
"Nel mezzo di una pandemia, con un pianeta inquinato, con malattie in aumento come cancro, asma, malattie cardiache – sottolinea l'Oms - nella Giornata mondiale della salute 2022, ci concentreremo sull'attenzione globale sulle azioni urgenti necessarie per mantenere gli esseri umani e il pianeta in salute e promuovere un movimento per creare società incentrato sul benessere".
L'Organizzazione mondiale della sanità stima che oltre 13 milioni di decessi in tutto il mondo ogni anno siano dovuti a cause ambientali evitabili, inclusa la crisi climatica, definita come "la più grande minaccia sanitaria per l'umanità".
Attraverso la campagna di sensibilizzazione *Our planet, our health*, l'OMS ha esorta-

to i governi e l'opinione pubblica a condividere iniziative ed azioni finalizzate a proteggere il nostro pianeta e la salute delle popolazioni e per dare priorità a società basate sul benessere.
Da qui le parole d'ordine del *World Health Day* 2022: Ripensa il tuo mondo # Domani più sano.
Cosa può fare ciascuno per proteggere il nostro pianeta e la nostra salute?

I GOVERNI:
– Dare priorità al benessere umano a lungo termine e alla stabilità ecologica in tutti i processi decisionali.
– Dare priorità al benessere in tutte le aziende, organizzazioni, obiettivi sociali ed ecologici.
– Tenere i combustibili fossili nel terreno. Interrompere nuove esplorazioni e progetti di combustibili fossili e attuare politiche sulla produzione e l'uso di energia pulita.
– Stop ai sussidi ai combustibili fossili. Reinvestire i sussidi ai combustibili fossili nella salute pubblica.
– Tassare gli inquinatori. Incentivare la riduzione del carbonio.
– Attuare le linee guida dell'OMS sulla qualità dell'aria.
– Elettrificare le strutture sanitarie con energie rinnovabili.
– Ridurre i livelli di inquinamento atmosferico per ridurre il carico di malattie dovute a ictus, malattie cardiache, cancro ai polmoni e malattie respiratorie acute e croniche, inclusa l'asma.
– Tassare cibi e bevande altamente trasformati ricchi di sale, zuccheri e grassi malsani.
– Implementare politiche per ridurre lo spreco alimentare.
– Ridestinare i sussidi all'agricoltura verso una produzione alimentare sana e sostenibile.
– Costruire città con spazi verdi che promuovano l'attività fisica e la salute mentale.
– Prendere un impegno! Adottare il manifesto verde dell'OMS.
– Il tabacco inquina il pianeta e i nostri polmoni. Creare città senza fumo e tassare il tabacco.
– Elaborare politiche sulla riduzione dei rifiuti e della plastica.
– Integrare la salute mentale e il supporto psicosociale con l'azione e le politiche per il clima per prepararsi e rispondere meglio alla crisi climatica.
– Collaborare con i leader delle comunità che includono rappresentanti di rifugiati e migranti sulle misure di mitigazione e adattamento del cambiamento climatico e sostenere iniziative guidate dalle comunità di rifugiati e migranti a livello locale.

LE IMPRESE
– Spegnere le luci dopo l'orario di lavoro.
– Supportare il telelavoro quando possibile.
– Rimuovere gli alimenti altamente trasformati e confezionati dal posto di lavoro.
– Ridurre le emissioni di gas serra delle tue attività.
– Proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno. L'allattamento al seno è un alimento sano e sostenibile per i bambini.
– Garantire che l'acqua potabile sia accessibile ai lavoratori.

GLI OPERATORI SANITARI E LE STRUTTURE SANITARIE:
– Sostenere gli sforzi per ridurre gli sprechi sanitari.
– Fornire cibo locale coltivato in modo sostenibile e garantire scelte alimentari

sane riducendo le bibite e gli alimenti altamente trasformati e confezionati nelle strutture sanitarie.
– Decarbonizzare le strutture sanitarie.
– Identificare le opportunità per risparmiare energia.
– Garantire acqua pulita e sicura nelle strutture sanitarie.
– Sostenere l'acquisto di prodotti ecocompatibili facilmente riciclabili o riutilizzabili.
– Sostenere che la salute sia al centro delle politiche sui cambiamenti climatici.

I SINDACI:
– Promuovere edifici efficienti dal punto di vista energetico.
– Coinvolgere trasporti pubblici a basse emissioni di carbonio.
– Costruire nuove piste ciclabili e percorsi pedonali.
– Proteggere la biodiversità e creare nuovi parchi e giardini.
– Passare all'energia rinnovabile per le operazioni municipali.
– Garantire alle famiglie a basso reddito e alle strutture sanitarie l'accesso a energia pulita e a prezzi accessibili.
– Collaborare con la comunità imprenditoriale locale per sostenere la sostenibilità.
– Regolamentare la commercializzazione di cibi e bevande malsane negli spazi pubblici.

I SINGOLI INDIVIDUI:
– Condividere la propria storia: il nostro pianeta, la nostra salute.
– Alzare la voce e richiedere azioni per il clima e per proteggere la tua salute.
– Agire, ispirare gli altri, unirsi al piano OMS in cinque punti:
1 - Cammina o pedala per andare a lavorare almeno un giorno alla settimana. Scegli il trasporto pubblico.
2 - Passa a un fornitore di energia rinnovabile; non riscaldare le stanze oltre i 21,5°C; spegni la luce quando non sei nella stanza.
3 - Acquista la tua spesa fresca dai produttori locali ed evita cibi e bevande altamente trasformati.
4 - Il tabacco è un killer e un inquinatore. Smetti di consumare tabacco.
5 - Acquista meno plastica; utilizza sacchetti della spesa riciclabili.
Si tratta di obiettivi sfidanti in buona parte ripresi da documenti di programmazione sanitaria e non solo, fra questi il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25 che declina la salute come risultato dello sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza #NEXGENERATIONITALIA (PNRR).
A tal proposito va ricordata la recente approvazione da parte del Consiglio dei Ministri del Decreto di attuazione del PNRR (Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36) che prevede l'istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) dipendente dal Ministero della Salute. L'obiettivo è interconnettere le reti di monitoraggio ambientale con quelle di monitoraggio e prevenzione sanitaria. Il concetto si basa sulle indicazioni dell'OMS di mettere in relazione politiche ambientali e per la salute, parte della strategia *one health*. Tra le sue funzioni vi sono: identificare e valutare le problematiche sanitarie associate a rischi ambientali e definire politiche di prevenzione e salute integrate con i livelli essenziali di prestazioni tecniche (LEPTA). Fanno parte del SNPS anche i Dipartimenti di Prevenzione (Dipartimenti di Sanità Pubblica in Emilia-Romagna) delle ASL.

CONVEGNO
SABATO 11 DICEMBRE 2021 dalle ore 8.30 alle ore 13.30

"ISTITUTO RIZZOLI E RICERCA, UN PATRIMONIO DI BOLOGNA E DEL MONDO"

Relazione di fine mandato della Direttrice Scientifica Prof.ssa Maria Paola Landini

Presso la Sala conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna
Via G. Zaccherini-Alvisi 4 – Bologna

Coordina il Dott. Salvatore Lumia, Presidente della Commissione Albo Medici

8.45-9.00	Saluta e Introduce il Presidente dell'Ordine Dott. Luigi Bagnoli
9.00-9.30	Prof.ssa Maria Paola Landini: "Cinque anni alla Direzione Scientifica dell'IRCCS Rizzoli"
9.30-10.00	Prof. Stefano Zaffagnini: "La ricerca traslazionale al Rizzoli"
10.00-10.30	Prof. Alessandro Gasbarrini: "Quando la Clinica avanzata si fonde con la ricerca"
10.30-11.00	Discussione
	Coffee break
11.30-12.00	Prof..Giorgio De Rita: "Ricerca in Sanità e PNRR"
12.00-12.30	Prof. Stefano Zamagni: "Ricerca in Sanità, un bene sociale"
12.30-13.00	Prof. Ivan Cavicchi: "Il Comune come sponsor della salute tra scienza e società"
13.30	Conclusioni. Dott. Salvatore Lumia, Presidente della Commissione Albo Medici Dott. Giancarlo Pizza, Vicepresidente dell'Ordine

LETTERA DI INVITO ALLE AUTORITA' COMUNALI
Bologna, 18 Novembre 2021

Sindaco Matteo Lepore
sindaco@comune.bologna.it

Vice Sindaco Emily Marion Clancy
ViceSindaca@comune.bologna.it

Presidente del Consiglio Comunale
Maria Caterina Manca
PresidenteConsiglio@comune.bologna.it

Vicepresidente Consiglio
Comunale Marta Evangelisti
VicePresidenteConsiglio@comune.bologna.it

Capi Gruppo dei partiti all'interno del Consiglio

Anche tu Conti - Filippo Diaco
filoppo.diaco@comune.bologna.it

Bologna Ci Piace - Samuela Quercioli
samuela.quercioli@comune.bologna.it

Coalizione civica - Simona Larghetti
simona.larghetti@comune.bologna.it

Europa Verde - Davide Celli
davide.celli@comune.bologna.it

Fratelli d'Italia - Francesco Sassone
francesco.sassone@comune.bologna.it

Partito Democratico - Michele Campaniello
michele.campaniello@comune.bologna.it

Lega - Francesca Scarano
francesca.scarano@comune.bologna.it

Movimento 5 Stelle - Marco Piazza
marco.piazza@comune.bologna.it

Lepore Sindaco - Siid Negash
siid.negash@comune.bologna.it

Forza Italia - Nicola Stanzani
nicola.stanzani@comune.bologna.it

Candidato Sindaco – Fabio Battistini
battistini@bidieffe.it
Loro Sedi

Gentilissimi Signore e Signori,
Questo Ordine ritiene doveroso informare la Municipalità, recentemente insediatasi, sulla importanza della ricerca in campo medico organizzando un Convegno apposito prendendo spunto dalla relazione di fine mandato, quale direttrice scientifica degli Istituti Ortopedici Rizzoli, che la prof.ssa Maria Paola Landini farà presso la Sala Conferenze della Sede Ordinistica sita in via G. Zaccherini-Alvisi 4. A tal proposito si allega il programma della riunione che si svolgerà sabato 11 dicembre ed un breve curriculum dei Relatori.
Le strutture sanitarie bolognesi sono sempre state riconosciute di elevato livello scientifico, come testimoniato in passato dalla forte attrattività di pazienti extraregionali, superando anche il 50% dei pazienti ricoverati. Orbene, tale attrattività ben salda per il solo Ospedale Rizzoli che occupa, nella graduatoria delle migliori istituzioni sanitarie ortopediche del mondo, il quarto posto in Europa e l'ottavo nel mondo.

L'Ordine ritiene, quindi, di particolare importanza questa occasione di riflessione poiché la Municipalità, al servizio del Cittadino, a nostro sommesso avviso, non può non prendere atto che una Sua fattiva presenza nell'organizzazione sanitaria comunale sia utile e doverosa anche se, come noto, la modifica del Titolo V della Costituzione ha affidato alla Regione la competenza nella organizzazione dei servizi sanitari.
Si sarà grati se le SS.LL. vorranno confermare la propria partecipazione al fine di favorire il rispetto delle prescrizioni della normativa "Covid".
In attesa di un Loro gradito riscontro, ci è grata l'occasione per inviare i nostri saluti più cordiali ed un sincero augurio di buon lavoro nell'attività istituzionale comunale recentemente intrapresa.

Il Presidente
Consiglio Direttivo
(Dott. Luigi Bagnoli)

Il Presidente
Commissione Albo Medici
(Dott. Salvatore Lumia)

INTERVENTI

SALVATORE LUMIA (Chirurgo Chirurgia del pancreas ed endocrina IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Presidente Commissione Albo Medici OMCEO Bologna)
Gentilissimi buongiorno a tutti.
Desidero innanzitutto salutare tutti i partecipanti a questa giornata di studio organizzata dall'Ordine e ringraziare la Prof.ssa Maria Paola Landini, che in occasione del termine del suo mandato di Direttore Scientifico dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, ha voluto onorarci con il suo saluto, accompagnato da una relazione.
Saluto i rappresentanti delle Istituzioni qui presenti, con il rammarico di non avere tra loro Matteo Lepore, neo-Sindaco di Bologna.
Saluto Il Dott. Campagna, Direttore Generale, dell'Istituto Ortopedico Rizzoli e la Dott.ssa Gibertoni, Direttrice Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, recentemente divenuta IRCCS.
Saluto tutti i Relatori, che sono persone di grande spessore scientifico e culturale e tutti i Colleghi presenti.
Cedo quindi la parola al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, Dott. Bagnoli per il suo saluto.

LUIGI BAGNOLI (Presidente Consiglio Direttivo OMCEO Bologna)
Parlare di ricerca è fondamentale. È vero, l'ODM dovrebbe avere una funzione differente ma credo che i tempi richiedano anche questo. La ricerca non può più essere lasciata in mano al solo medico, questa è una pratica ormai superata. La ricerca è divenuta più complessa, si avvale di più attori, di una struttura maggiormente articolata e necessita di un sostegno politico. Se la ricerca non rispetta questi canoni, se non viene posta all'interno di questa nuova e così complessa struttura allora fatica a produrre i risultati che tutti noi ci auguriamo.
Non voglio in alcun modo rubare ulteriore tempo a questa discussione che sta per iniziare, spero che da questa giornata emerga forte e chiaro quanto la ricerca debba essere considerata un elemento sostanziale della medicina. Grazie.

SALVATORE LUMIA
L'occasione del saluto della Prof.ssa Landini è per noi motivo importante per fare delle riflessioni sullo stato della ricerca nella nostra Città e soprattutto del suo futuro.
Questo Ordine ritiene doveroso informare la Nuova Municipalità sulla importanza della ricerca in campo medico; come noto le strutture sanitarie bolognesi sono sempre state riconosciute di elevato livello come testimoniato in passato dalla forte attrattività di pazienti extraregionali superando anche il 50% dei pazienti ricoverati. Orbene, tale attrattività è rimasta per il solo Ospedale Rizzoli che occupa, nella graduatoria delle migliori istituzioni sanitarie ortopediche del mondo, quarto posto in Europa ed ottavo nel mondo. Questo Ordine ritiene di particolare importanza questa informativa poiché la Municipalità, al servizio del Cittadino, non può non prendere atto che una Sua presenza nell'organizzazione sanitaria comunale sia doverosa anche se, come noto, la modifica del Titolo V della Costituzione ha affidato alla Regione la competenza nella organizzazione dei servizi sanitari. Oltre a tutto questo sarà importante valutare come le risorse messe in campo dal PNRR dopo la pandemia di Covid 19 potranno andare ad influire sulla situazione attuale. Non mi voglio dilungare oltre e cedo la Parola alla Prof.ssa Landini.

PROF.SSA MARIA PAOLA LANDINI (Direttore Scientifico Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna)
Desidero ringraziare il Presidente dott. Bagnoli ed il Vicepresidente Dott. Pizza per questo invito che mi onora. Infatti, presentare l'esperienza, faticosa ma esaltante, dei miei ultimi cinque anni alla direzione scientifica di un prestigioso Istituto quale il Rizzoli mi fa particolarmente piacere anche perché è come rivolgersi a tutti i medici di Bologna. Ma veniamo al dunque. Gli Istituti Rizzoli sono un IRCSS, cioè un Istituto scientifico a carattere di ricerca con attività clinica con settori di degenza clinica e settori di ricerca a carattere biologico. Dopo me parleranno, a titolo di esempio delle attività di ricerca clinica applicata al paziente, i professori Zaffagnini e Gasbarrini. Questo per brevità, ma vi sono molti altri esempi che potrebbero essere descritti.
Nei laboratori vi sono 251 ricercatori, di cui 4 universitari. La maggior parte sono donne, il 66% per la precisione. Di queste la metà ha meno di quarant'anni. Sono principalmente biologi, biotecnologi, ingegneri, alcuni

farmacisti e dei chimici. Nell'IRCSS a livello nazionale avevamo più di 3000 ricercatori, alcuni con anche trent' anni di anzianità di precariato. Il ministero, fornendoci fondi abbastanza limitati, ci ha proposto di ideare un percorso che potesse portare alla loro progressiva stabilizzazione. Dopo tre governi e tante frustrazioni nella finanziaria del 2019 ci è stato riconosciuto che il piano da noi formulato poteva funzionare ed essere finalmente approvato. I fondi ad hoc che ogni anno ci pervengono dal ministero ci hanno permesso di assumere ad oggi 35 ricercatori e 18 unità di personale a supporto della ricerca. Coi fondi di quest'anno è stato possibile assumere ulteriori 10 ricercatori e 3 unità di supporto. Tutti loro debbono passare una valutazione annuale. Sui circa 3500 ricercatori iniziali a livello nazionale ne sono rimasti circa 1600 ed è frustrante pensare che durante questo percorso abbiamo perso menti di grandissimo spessore che sono emigrate all'estero.
Al Rizzoli sono attive 4 linee di ricerca: la linea oncologica, medicina rigenerative e riparativa, chirurgia innovativa e protesica e quella delle patologie infiammatorie/ infettive/degenerative e generiche. Poi come ovvio è nata una linea Covid, per volere del ministero. Noi abbiamo sempre pubblicato tra i 280 e i 300 lavori circa, con una media di 1200 punti di impact factor. Dal 2019 in poi abbiamo visto un progressivo aumento sia nel numero dei lavori, sia nel numero di impact factor. Ci siamo avvicinati ai 400 lavori e ai 1500 punti di IF. È un risultato importante se si considera le dimensioni relativamente limitate dell'IRCSS.
La linea di ricerca chirurgica è quella che ha prodotto il maggior numero di lavori e con maggior IF, seguita da quella oncologica. Abbiamo pubblicato 25 lavori scientifici sul Covid, spesso collegati all'ortopedia. È stato interessante osservare come gli osservatori che nel 2019 avevano pubblicato 289 lavori siano passati, dopo il loro inserimento, ad una produzione di 381 lavori. Questo aumento produttivo è dovuto sia alla consapevolezza di una valutazione annuale, sia alla gratificazione, la motivazione e la considerazione ricevuta. Questi ricercatori hanno contribuito per il 28% alla produzione scientifica complessiva del Rizzoli.
Tra le motivazioni che ho identificato a giustificare una simile crescita ve ne sono 3 principali: la prima ha a che fare col cambio di modalità di erogazione dei fondi del 5 per mille da me fortemente voluto. Prima erano distribuiti ai laboratori sulla base della produzione scientifica dell'anno precedente, dal 2018 in poi invece vengono spalmati su progetti di ricerca presentati in comunione da un laboratorio ed un clinica/reparto. Questo credo abbia motivato molto. Il secondo motivo è la parziale stabilizzazione di fine 2019 di cui ho già fatto menzione. Il terzo è l'arrivo della pandemia nel 2020. I clinici e gli ortopedici si sono trovati ad avere del tempo a disposizione, con questo tempo hanno potuto studiare, scrivere e analizzare dati in quantità ancora maggiore dei periodi antecedenti la pandemia poiché meno oberati dalle normali attività cliniche. Una parte di ricercatori sono però stati lasciati a casa, anche il 50%-60% in alcuni casi. Si ha quindi avuto nella pandemia un aumento delle ricerche di tipo clinico e una stasi, se non addirittura una diminuzione, dei ricercatori di laboratorio e delle loro produzioni.
Al mio arrivo al Rizzoli non vi era una direzione scientifica, vi era solo un direttore scientifico, il dottor MANZOLI che da solo dirigeva tutto. Questo non era più in linea con le richieste governative e con le necessità dei tempi. Piano piano ho faticosamente costituito dei gruppi di lavoro che mi coadiuvassero nell'attività.
Il primo e più importante è stato il CLINICAL TRIAL CENTER, un gruppo a supporto degli studi clinici e formato da un dirigente della direzione sanitaria (spostato in direzione scientifica) e altre persone (due farmacisti e un infermiere). Preparano tutte le carte ed il materiale per la presentazione dei lavori al comitato etico. Il numero degli studi clinici è progressivamente aumentato poiché partendo da una media di 50 siamo passati a più di 100 studi all'anno.
ATR, Applied translational research, è formato principalmente da ortopedici che nel loro tempo libero fanno attività di ricerca clinica. Scrivono progetti, fanno trials sponsorizzati e autonomi, lavorano sia con i laboratori sia con le industrie del settore. È un gruppo principalmente di volontari e ad ora ha 56 studi clinici attivi e 15 studi randomizzati. Apparentemente al mondo non esiste un centro che porti avanti un tale numero di studi clinici randomizzati, parliamo quindi di un piccolo record.
Abbiamo poi un TECHNOLOGY TRANFER OFFICE, una sola persona al momento e su questo dovremmo fare decisamente di più, che si occupa dell'utilizzo dei risultati delle ricerche stesse. È un ambito in cui siamo arretrati non solo al Rizzoli ma più in generale come nazione. Gli istituti di ricerca pubblici debbono cooperare sia con le industrie sia con i privati, in modo trasparente, poiché la ricerca scientifica può e deve essere un vero volano per il paese Italia come il dottor Zamagni ci dirà a breve nel suo intervento.
Abbiamo poi il centro di risorse biologiche (IOR), tre biobanche ove vengono conservati tessuti, dati e liquidi biologici. Nello specifico abbiamo la BIOBANCA GENETICA BIOGEN, in cui sono conservati campioni provenienti da pazienti con malattie ereditarie muscolo-scheletriche, la BIOBANCA DEI TUMORI MUSCOLO SCHELETRICI e quella delle ARTRITI REUMATOIDI. Grazie a tutto il materiale pregresso non siamo costretti a ripartire daccapo all'uscita di un nuovo studio o di un nuovo marker, e questo sveltisce e accorcia molto i nostri tempi di reazione.
Abbiamo poi ERA, acronimo di EVALUATION OF RESEARCH ACTIVITY, una ragazza, una biologa, che svolge la importante funzione di controllare i dati, certificarli e fornirli a chi di dovere.
Nell'anno 2020 abbiamo avuto poi il piacere di essere inseriti dalla rivista Newsweek nella Top 10 mondiale dei migliori istituti di Ortopedia, per l'esattezza all'ottavo posto. La classifica è una classifica che analizza più che altro la fama e la popolarità di una struttura piuttosto che dati oggettivi, ma è comunque un indicatore importante di quanto forte sia il nome dell'istituto ortopedico Rizzoli nel mondo. In questi cinque anni ritengo di aver fatto tutto il possibile ed è stata una meravigliosa avventura. Voglio ringraziare i clinici e ricercatori presenti, tutti i miei collaboratori e chiunque mi ha accompagnata in questo viaggio. Grazie a tutti.

PROF. STEFANO ZAFFAGNINI (Professore Ordinario Università degli Studi di Bologna. Direttore Struttura Complessa Clinica Ortopedica e Traumatologica II IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli)

Non possiamo fare a meno in questi tempi di utilizzare la parola "Tecnologia" in quanto è una direzione chiara e nitida da percorrere. La tecnologia ci sta dando un incredibile supporto ed è alla base di molti se non tutti i progetti che al momento stiamo intraprendendo. Uno di questi è un progetto svolto in collaborazione con l'INAIL e tratta di speciali protesi osteointegrate, che come il termine stesso suggerisce, prevede che le protesi vengano inserite e agganciate direttamente all'osso del paziente amputato. Queste protesi hanno numerosi vantaggi, ad esempio sono facilmente rimovibili e sganciabili, quasi come fossero uno scarpone ed un attaccato da sci. In aggiunta sono protesi stabili e sicure e offrono una qualità di vita più alta ai vari pazienti, rendendo la loro vita più facile, veloce e dinamica.
Un secondo progetto di cui voglio parlare altro non è che l'evoluzione di questo stesso progetto, ovvero la possibilità di rendere le protesi sempre più customizzabili e modellabili di paziente in paziente. Ognuno di essi ha bisogni e problematiche differenti, spesso il moncone dell'arto a cui la protesi andrà applicata ha una sua unicità, ragion per cui avviene uno studio ad hoc su come connettere la protesi all'arto stesso. Essenziali in tal senso sono le TAC preoperatorie che ci forniscono una nitida scansione sul da farsi.
Un altro traguardo è poi quello di migliorare le procedure chirurgiche attraverso la ricerca, gli studi anatomici e la tecnologia, portare le nostre sperimentazioni IN VITRO fuori dai laboratori per avallare i risultati dei nostri test. Oggigiorno un grande aiuto proviene dalla chirurgia navigata o robotica. Questa è divenuta una vera e propria filosofia per alcuni chirurghi che hanno aumentato esponenzialmente la precisione degli interventi e limato via via le imprecisioni. I vari progetti in cui siamo coinvolti sono tanti, troppi perché io possa esporli in dettaglio uno ad uno. Alcuni passano da collaborazioni internazionali di grande prestigio, altri invece sono autoprodotti a casa nostra.
In collaborazione con le università di Pittsburgh e Kobe, giusto per citarne uno, abbiamo sviluppato uno studio che è sfociato in un test sulla lassità del ginocchio. Spesso queste nuove procedure si avvalgono di tecnologie innovative. Una di queste vede il paziente indossare dei veri e propri sensori, grandi circa un terzo di un pacchetto di sigarette. Questi tramite gli accelerometri al loro interno sono in grado di fornirci dettagli precisi sul movimento, l'escursione e l'angolo dell'arto in esame. Possiamo studiarne il mutamento nel tempo collezionando i dati provenienti dallo stesso e capire se intervenire, quando intervenire, e che genere di intervento eseguire. Questo discorso vale ovviamente non solo per una articolazione od un arto integro, ma anche per le protesi stesse che col tempo potrebbero deteriorare, modificarsi, o per tutta una serie di motivi divenire progressivamente inadatte all'utilizzo.
Vero fiore all'occhiello del nostro lavoro è però il dipartimento di medicina rigenerativa che ha ricevuto encomi e riconoscimenti a livello globale in più occasioni. Gli studi anche in questo campo sono tanti e vari..., mi sovvengono quelli sulle artrosi, sulle tendinopatie rotulee, sull'applicazione di cellule staminali nella terapia delle stesse, è una cosa di cui siamo molto orgogliosi.
Concludo ribadendo, come già detto dalla collega Prof.ssa Landini, che l'importanza dei ricercatori e del personale a supporto della ricerca non ha valore ed è un qualcosa di inestimabile per il futuro di questa professione. Grazie

PROF. ALESSANDRO GASBARRINI (Direttore della struttura complessa di Chirurgia vertebrale ad indirizzo oncologico e degenerativo IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli)
La divisione di chirurgia vertebrale dell'ospedale Rizzoli, di cui sono a capo, tratta la colonna vertebrale a 360°. Questo significa avere a che fare con: tumori, deformità, infezioni, patologie degenerative e, ovviamente, traumi della stessa. Al giorno d'oggi abbiamo tante tecnologie che sono vere e proprie frecce al nostro arco, alcune si adattano un po' a tutte le patologie ma altre sono davvero molto specifiche.
L'innovazione e la sperimentazione sono essenziali nel campo della chirurgia vertebrale, un dato su tutti è quello che vede questa disciplina avere un 30% in più di possibili complicazioni se confrontate con la maggior parte degli interventi chirurgici. Tra le varie linee di ricerca che abbiamo nel nostro dipartimento una è proprio questa, quella che studia tutte le possibili soluzioni per abbassare il più possibili quella percentuale di complicanze che ho appena menzionato.
Una seconda linea è quella delle cosiddette operazioni mini-invasive. Al momento, dopo una loro iniziale esplosione, si sono un po' stabilizzate. Queste ci permettono attraverso degli accessi percutanei di gettare un occhio all'interno del paziente ed in certi casi di applicare degli impianti con minime perdite ematiche.
Altra linea è la navigazione chirurgica. Un po' come al giorno d'oggi siamo abituati a fare con le nostre automobili lasciando che il gps ci indichi la via, noi oggi lasciamo che la robotica ci guidi all'interno della colonna vertebrale. Le tecnologie a nostra disposizione ci permettono di raggiungere luoghi che prima erano per noi inaccessibili. Questa più di altri campi di ricerca è una cosa che io ritengo fondamentale. C'è chi utilizza questo strumento solo per applicare delle viti, una cosa che però sappiamo già fare anche "alla cieca", ma un giorno riusciremo a fare interventi che ad oggi sono considerati impossibili e saremo altresì in grado di semplificare drasticamente gli interventi stessi. Una operazione che prevede tre diversi accessi alla colonna per essere completata potrebbe richiederne in futuro solo uno.
Altra cosa importante si sta rilevando il neuro-monitoraggio, una pratica che vedrete utilizzeremo sempre di più. Il neuro-monitoraggio fino a poco tempo fa esisteva solamente per alcuni tipi di patologie ed era completamente assente in altre. Il suo utilizzo era quasi esclusivo della neurochirurgia ma ad oggi lo si utilizza anche in ortopedia. Pensate che anche un semplice monitoraggio intraoperatorio può rivelarsi fondamentale per evitare una parestesia causata dal semplice posizionamento errato del paziente sul letto.
Veniamo ora ad uno dei campi a me più cari ed in cui possiamo affermare di avere davvero fatto passi da gigan-

te: l'oncologia. Se noi andassimo ad un congresso di radioterapisti e di oncologi ci renderemmo subito conto di quanto stiano facendo progressi enormi, di quanto sia importante per un ortopedico moderno conoscere i loro miglioramenti e la loro evoluzione per poter lavorare al meglio delle attuali possibilità, in simbiosi. La Carbon-ION therapy ne è un chiaro esempio. Se il professor Campanacci, il mio vecchio mentore, potesse risvegliarsi probabilmente non crederebbe ai propri occhi. Vi porto l'esempio di un paziente a cui, a causa di un tumore, sono state asportate due vertebre e mezzo. In passato avremmo riscostruito le vertebre in metallo. Avremmo operato per 20 ore consecutive ed il paziente si sarebbe comunque ritrovato paraplegico, impossibilitato a ricevere cure radiologiche antitumorali efficaci a causa della natura metallica degli innesti (scattering effect). Allo stesso paziente al giorno d'oggi, come nel caso che vedete, è stata interamente ricostruita la sezione vertebrale mancante. In carbonio. Il carbonio è un materiale che evita artefatti, evita lo scattering effect, ci permette di identificare eventuali recidive e di trattarle radiologicamente in modo efficace. Le vertebre vengono fedelmente ed interamente ricostruite tramite speciali stampanti 3d ed il primo intervento di questo tipo è stato effettuato proprio qui, all'ospedale Rizzoli. Le persone possono tornare ad avere una vita normale.
Tra i vari campi di ricerca voglio anche citare l'elettro-chemioterapia. Questa tecnica si avvale dell'utilizzo della navigazione, già citata precedentemente. Consiste nel percorrere la colonna del paziente con dei piccoli aghi; questi circondano il tumore e hanno la capacità di generare in modo localizzato delle scosse elettriche di una certa potenza che permettono di aprire i canali. L'utilizzo di un farmaco apparentemente banale e poco utilizzato come la bleomicina viene quindi utilizzato per penetrare il tumore attraverso questi canali e distruggerlo. Altro tema ancora, il prelievo e la successiva inoculazione delle cellule staminali per il trattamento della cisti aneurismatica. Questa è apparentemente un tumore benigno. È però talmente aggressivo da riuscire a rompere e fratturare le vertebre del soggetto durante la sua crescita repentina. Il paziente come è facile immaginare va verso una paraplegia. Come linea generale l'embolizzazione si rivela la scelta migliore per la maggior parte dei pazienti, ma non per tutti. In quei casi in cui fosse preferibile un altro trattamento ecco che utilizziamo quindi le staminali che stanno dando risultati davvero solidi e importanti.
Degna di nota è anche la coltivazione delle metastasi tumorali all'interno di alcuni modelli ossei tridimensionali. I campioni si rivelano di grande utilità ai farmacologi ed ai radioterapisti che possono sperimentare vari modi di aggredire la massa tumorale, capirne le vulnerabilità ed i punti di forza.
Il tema di ricerca successivo è quello delle deformità. Io mi sono approcciato alle deformità della colonna in un tempo relativamente recente. Al momento posso dire che mi sono occupato principalmente di bambini in fase di crescita. Per loro stiamo utilizzando dei sistemi di allungamento meccanici, sistemi che crescono e si allungano assieme alla colonna del soggetto a cui sono applicati. Sono strumenti che possono essere governati in parte anche dall'esterno tramite l'utilizzo di alcuni magneti capaci di muovere la componentistica interna. La crescita dell'individuo è uno dei fattori chiave su cui gioca questa strategia clinica. Più il soggetto cresce maggiore è il margine di correzione della deformità, almeno in teoria.
Una cosa che desidero menzionare, e che si collega direttamente al tema delle patologie degenerative, è come grazie agli studi del Rizzoli si sia potuto scoprire che all'interno delle vertebre ci sia un numero di cellule staminali molto maggiore rispetto al bacino. Si è anche scoperto che centrifugarle non era una cosa positiva, e che queste si concentravano addirittura nel coagulo. Questo ha dato vita a catena ad una serie di altri studi.
Passiamo ora a parlare delle infezioni. Una volta erano uno degli incubi degli scenari post-operatori della colonna, i tempi di trattamento delle infezioni erano lunghissimi, servivano mesi. L'approccio multidisciplinare è la prima arma per ridurre le complicazioni al minimo. Ogni specialista ha il dovere di dire la propria opinione e indicare il giusto trattamento per il proprio campo coordinandosi con gli altri medici. Un esempio? Inutile partire con chili di antibiotici se non si sa esattamente quale tipo di infezione si sta combattendo. Altre armi che stiamo sviluppando passano attraverso una oculata scelta di materiali da utilizzare per le protesi. L'argento che ha importanti proprietà anti-batteriche, il biovetro che si rivela utile come riempitivo in quanto aiuta a mantenere il PH alcalino, accelera la guarigione dalle infezioni e riduce la proliferazione dei germi.
Stiamo anche utilizzando dei virus Fagi, dei virus che possiamo definire buoni e che aggredisco i batteri. Questi possono essere attivati sia acusticamente che tramite la luce. Alcuni Fagi si stanno rivelando utili addirittura nell'aggredire alcuni tipi di tumori e questo sta aprendo altri campi di ricerca futuri.
Per concludere posso dire che il mio sogno è stato e sarà sempre quello di poter un giorno fare camminare nuovamente i paraplegici. L'idea di lavorare a contatto con il midollo ma non essere in grado, ad oggi, di ripararlo è una sfida aperta e che vinceremo. Ne sono certo. Io non credo che vedrò quel giorno ma è un sogno che sia io, sia chi verrà dopo di me continuerà ad inseguire. Sono certo che un giorno, qualcuno, avrà finalmente successo. Grazie

PROF. STEFANO ZAMAGNI (Professore a contratto Università degli Studi di Bologna)
Grazie per l'invito. Oggi ho imparato molte cose, la prima delle quali è che non conosco quanto desidererei conoscere. Ho avuto l'occasione di ascoltare interventi di estremo interesse e posso dire di averne tratto grande giovamento. Ho capito anche che posso parlare del tema degli investimenti in ricerca in un modo diverso dal vostro, con un angolo di visuale che è quello proprio della disciplina che professo, cioè dell'economia. Inizio accendendo una luce sulle aporie ed i paradossi della ricerca biomedica italiana. Un dato rivelatore: l'Italia spende ogni anno circa 23 miliardi in ricerche di vario tipo. Tre sono dedicati alle ricerche biomediche. Qi questi 3 miliardi 1,5 provengono dallo Stato, 1,4 da case farmaceutiche, 100 milioni dai bandi indetti da USA ed Unione Europea. Non sono grandi cifre se confrontate ai numeri che mettono in campo gli altri paesi. Il paradosso però è che i ricercatori italiani, con mezzi a dir poco sfavorevoli, si collocano al top di ogni classifica di rendimento.

Con poco riescono a fare cose egregie. Sono i numeri a dirlo. Un aggravante a tutto questo è il modo in cui vengono distribuiti questi fondi: a pioggia. Qualcuno dei colleghi per scherzare dice che vengono distribuiti a gocce, per dare l'idea circa la pochezza dei numeri in gioco. Quasi nessun ente che riceve questi fondi riesce a raggiungere il livello critico, quello oltre il quale è possibile conseguire risultati. Questo significa che si ottengono risorse per iniziare uno studio o un progetto ma non per concluderlo nel modo in cui sarebbe necessario.
Ciò premesso, la domanda che sorge spontanea è: quali componenti e quali strutture del nostro Sistema Sanitario vanno trasformate – e non meramente riformate – per accrescerne il potenziale di sviluppo, soprattutto sul fronte della ricerca scientifica in sanità? Lo spazio che ho a disposizione non mi consente che risposte di taglio apodittico. La legge 833/1978, istitutiva del SSN, ha rappresentato un'autentica conquista di civiltà per il nostro paese. Introducendo per la prima volta l'universalismo sanitario e ponendo fine al corporativismo fino ad allora imperante, il provvedimento del 1978 ha fatto comprendere a tutti cosa implichi, nella pratica, l'accoglimento del principio di libertà in senso positivo (la libertà cioè di poter realizzare il proprio piano di vita). Con la legge 833/78, l'assistenza sanitaria assurge al rango di diritto di cittadinanza; prima di allora, essa era un mero interesse legittimo dello stesso.
Ma le riforme del periodo successivo, snaturandone il senso, hanno tradito il disegno originario. Penso ai D. Lgs 502/92 e 517/93 che hanno trasformato le USL in ASL con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale e che hanno affidato ai Piani Sanitari Regionali il compito di dettare le linee strategiche degli interventi per gli obiettivi di salute. D'altro canto, la L. 189/2012, avente per oggetto la riorganizzazione delle cure territoriali, e il D.M. 70/2015, riguardante la ristrutturazione della rete ospedaliera, sono rimasti lettera morta, salvo che in poche regioni. Non c'è dunque da meravigliarsi se la pandemia ha colpito più duramente le regioni in cui l'assistenza territoriale è maggiormente carente. Tutto ciò è avvenuto in nome dell'efficienza, come se la domanda di servizi sanitari fosse assimilabile alla domanda di beni di consumo, rispetto ai quali il soggetto acquirente può esprimere le sue preferenze. È così accaduto che improvvisati economisti e sedicenti esperti, non conoscendo il senso proprio della categoria di efficienza, hanno adottato e applicato il concetto di efficienza sbagliato. Rammento che Vilfredo Pareto, l'ideatore della nozione di efficienza alla fine dell'800 – prima di allora non esisteva tale nozione, mentre esisteva quella di produttività – aveva dato due definizioni della stessa: l'una da applicare al caso dei beni privati, l'altra al caso dei beni o servizi di pubblica utilità.
Le conseguenze perverse non hanno tardato a manifestarsi. Trattandosi di cose ormai arcinote, mi limito solamente a ricordare che in Italia nel 1980 (due anni dopo la grande trasformazione) vi erano 922 posti letto per terapie intensive ogni 100.000 abitanti, nel 2010 questi erano scesi a 300 e nel 2015 a 275. Per non fare parola dei tagli scandalosi alla spesa sanitaria pubblica. Dal 2009 al 2019, quest'ultima è passata da 109 a 116 miliardi di euro, con un incremento in termini reali pro-capite dello 0,6% - un incremento talmente ridicolo da non consentire neppure di tener conto delle conseguenze del ben noto fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. (Il bisogno di assistenza sanitaria di un ultra-settantenne è 4,2 volte superiore a quello di una persona adulta). Nel medesimo torno di tempo, la spesa privata ha registrato un aumento dell'1,6%. Rispetto al PIL, la spesa sanitaria pubblica italiana nel 2017 è stata del 6,5%, contro una media europea del 7,8% (In Germania il 9,6% e in Francia il 9,5%). Infine, la riduzione, sempre nello stesso decennio, di 46.500 unità di personale, tra medici e infermieri, ci fa comprendere la grave irresponsabilità dei nostri policy-makers. Ma si può risparmiare sul personale in un settore che per ragioni strutturali è caratterizzato da alta intensità di lavoro, come quello sanitario? E con quale coraggio ci si può stracciare le vesti di fronte agli episodi desolanti riguardanti proprio il personale sanitario verificatisi durante le prime due ondate della pandemia?
Che fare allora per dare ali al un nuovo SSN? Un primo urgente intervento è quello di portare in equilibrio medicina ospedaliera e medicina del territorio. L'adeguamento delle strutture intermedie di cura, dei centri di prossimità e delle RSA è improcrastinabile. L'approccio ospedale-centrico adottato nell'ultimo trentennio ha finito con il far credere, persino in seno alla stessa professione medica, che la medicina ospedaliera sia di ordine superiore rispetto a quella territoriale. Il che è privo di senso. Sono note le ragioni di natura economica che hanno portato a privilegiare l'assistenza ospedaliera: le alte tecnologie – il c.d. *health tech* – e le strutture di elevata specializzazione sono quelle più altamente remunerabili e quelle che maggiormente interessano il *big pharma*. Non è più un mistero che l'industria della salute (farmaceutica, biomedicale, telemedicina) risponda assai più alle richieste degli shareholder che non ai bisogni dei malati. È così che si è potuta affermare la c.d. "supremazia delle acuzie", relegando in secondo piano le malattie croniche e le non autosufficienze.
Un secondo fondamentale provvedimento è quello della deburocratizzazione del sistema sanitario. Occorre però essere precisi su tale punto. La burocrazia che tutti denunciano è l'effetto perverso di una causa remota di cui raramente si sente parlare. Si tratta dell'improvvida adozione da parte del SSN del modello organizzativo taylorista. Il taylorismo – il cui anno di nascita risale al 1911 – dopo avere mietuto successi nel settore industriale è stato introdotto anche nelle ASL e quindi negli ospedali. Tre le principali lacune di tale modello in ambito ospedaliero. Primo, la non flessibilità delle strutture, mentre vanno rimossi gli steccati tra reparti e le varie specialità. Secondo, la non scalabilità, mentre è necessario poter velocemente aumentare o diminuire il volume di specifiche attività, a seconda dei bisogni. Infine, la non modularità, mentre sappiamo che l'organizzazione ha da essere modulare, e ciò nel senso che non deve succedere che l'emergenza in un comparto blocchi le attività ordinarie negli altri reparti, paralizzando l'intero sistema – come è accaduto durante la pandemia nel 2020. Il nodo del c.d. "buon governo clinico" mai potrà essere sciolto fin tanto che si tiene in vita quel modello organizzativo. Si pensi solo alla marcata asimmetria tra medico e dirigente, con il primo che svolge il ruolo di "double agent" e il secondo quello di "single agent". Altro esempio. La L 251/2000 ha introdotto la figura del dirigente infermieristico, ma l'organizzazione del lavoro è rimasta sostanzialmente la stessa di prima.

Di una terza rilevante questione intendo dire: il rilancio della prevenzione basata sulla rimozione dei rischi. La distinzione importante a tale riguardo è quella tra preparazione (*preparedness*) e prontezza (*readiness*). Le misure per assicurare la prima rientrano nel quadro della prevenzione sanitaria e sono compito government, cui spetta l'emanazione della norma giuridica. Sono invece a libera scelta i processi che valgono ad assicurare la prontezza di risposta di una comunità nei confronti dell'accoglimento delle linee guida suggerite dal livello centrale per far fronte a disastri naturali. La prontezza dipende sia dal livello di *health literacy* della popolazione sia dalla relazione che si instaura tra il sapere del mondo scientifico e il sapere esperienziale dei cittadini (la *citizen science*). Non basta dunque che le comunità siano preparate (compito questo che deve essere svolto dalle autorità centrali e locali), ma anche pronte a rispondere spontaneamente a eventi gravi come le pandemie. Tale prontezza dipende dalle capacità di innovazione sociale dei corpi intermedi della società, primi fra tutti degli Enti di Terzo Settore. Il che è quanto non è avvenuto nel nostro paese, dove i mondi vitali della nostra società sono stati irresponsabilmente tenuti in disparte nella governance della crisi. (Per essere chiari, il Comitato Tecnico Scientifico nazionale si è occupato, e pure bene, della preparazione, ma non della prontezza, perché non ne aveva titolo). Molti errori e tante sofferenze si sarebbero potuti evitare se si fosse compreso che la preparazione non assicura, di per sé, anche la prontezza.
Un quarto punto su cui desidero richiamare l'attenzione concerne l'arresto del processo di frammentazione tra regioni dei compiti e delle modalità di intervento in ambito sanitario. La *vexata quaestio* se, in situazione di crisi acuta, sia preferibile un decisore unico oppure un decentramento del processo decisionale è ora al centro del dibattito pubblico e ancora lungi da una soluzione soddisfacente. Quel che si sa è che la letteratura più accreditata sulla resilienza organizzativa e sulla gestione delle crisi (*crisis management*) concorda sulla posizione che è sbagliato sia accentrare tutto sia decentrare tutto. Il modello da privilegiare è piuttosto quello poliarchico a rete, in cui ciascuna componente decentrata è posta nelle condizioni di prendere iniziative autonome, ma in modo interattivo con gli altri nodi della rete e nel rispetto delle linee strategiche fissate a livello centrale. (Nel caso italiano, è ancora fresco il ricordo delle volte in cui il centro nazionale è arrivato in ritardo nel fornire linee guida alle regioni durante i primi mesi della pandemia. Ciò ha portato ad una certa paralisi dell'azione amministrativa e politica). È certamente vero che non è cosa semplice disegnare un modello poliarchico a rete in un ambito come quello sanitario, ma è possibile, sempre però che lo si voglia in sede politica. In ogni caso, quel che va ribadito con forza è che non è possibile continuare a pensare ad arcaici meccanismi di codeterminazione pattizia tra Stato e Regioni nei casi di intreccio e di concorrenza in materie statali e regionali.
Da ultimo, ma non per ultimo, un nuovo SSN non può non affrontare di petto la questione seria dei dilemmi etici che sempre più andranno a manifestarsi in ambito sanitario. Qui posso solamente limitarmi a fissare l'attenzione sul criterio in forza del quale si devono allocare risorse sanitarie scarse (si pensi ai respiratori per la ventilazione polmonare; all'accesso alla terapia intensiva, etc.) tra portatori di medesimi bisogni. Quale la sfida etica che sorge in casi del genere, peraltro sempre più numerosi? Si consideri il caso del triage: se il numero dei pazienti da ricoverare è superiore a quello delle strutture di cura disponibili, il medico viene a trovarsi di fronte ad una "scelta tragica", nel senso di Guido Calabresi. Donde la tentazione di abdicare al principio della parità di trattamento di tutte le persone, violando così l'intangibilità della dignità umana. Nel marzo 2020, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Terapia Intensiva (SIAARTI) ha pubblicato le sue "Raccomandazioni di etica clinica", dove ai punti 3 e 4 si legge che "è necessario porre un limite di età all'ingresso in trattamento intensivo" (*sic*!).
Quale il "razionale" che sorregge una raccomandazione del genere? L'accettazione acritica, eppure non dichiarata espressamente, del criterio del QALYs (*Quality Adjusted Life Years*): il razionamento va effettuato tenendo conto del numero di anni di vita residua, aggiustati per la qualità della stessa, che un certo trattamento è in grado di garantire. Il fondamento filosofico di tale criterio è quello dell'utilitarismo benthamiano, che fa proprio il calcolo costi/benefici per massimizzare il benessere collettivo. L'etica medica, invece, da Ippocrate in poi segue il principio secondo cui una vita umana non può essere contrapposta ad un'altra, quale che essa sia: non sono cioè ammessi trade-off tra valori umani fondamentali. Ora, è ovvio che si possa essere liberi di abbracciare il paradigma utilitarista; bisogna però rendersi conto della grave incoerenza pragmatica cui si va incontro. Infatti, poiché la sanità è parte – e quale parte! – del welfare state nato nel 1942 in Gran Bretagna su basi tutt'altro che utilitaristiche, non si può seguire il canone utilitaristico in sanità e quello neo-contrattualistico à la Rawls negli altri comparti del medesimo sistema. Ecco perché il nuovo SSN che deve realizzarsi non può non prefiggersi di definire un criterio oggettivo per sciogliere dilemmi etici del tipo sopra considerato, evitando in tal modo di caricare sulle spalle del singolo medico il peso di gravi e irreversibili decisioni. Una matura società civile non può non misurarsi, nella sfera pubblica, con un problema del genere, tenendosi alla larga da strumentalizzazioni di natura partitica. (Lo *Human Flourishing Program* dell'Università di Harvard, fondato nel 2016 e diretto da Tyler Vanderweele ha già intrapreso un tale cammino).
Vado a concludere. Quanto sopra mira ad un fine ultimo: quello di "preparare il futuro" e non "prepararsi per il futuro". Preparare il futuro significa sottrarre le nostre comunità alla tirannia del determinismo e del "passato che ritorna". L'atteggiamento adattivo all'esistente, purtroppo ancora dominante, è di chi non ama la libertà e soprattutto di chi non sa che è la speranza la virtù che sprona all'azione, perché solo chi è capace di sperare è anche chi è capace di agire per vincere la paralizzante apatia dell'esistente.

PROF. GIORGIO DE RITA (Laureato in ingegneria aeronautica, Segretario Generale del Censis)
Un grazie va all'Ordine dei medici per avermi invitato ad una giornata così piena di spunti e di idee. Sono rimasto particolarmente colpito dalle parole della Dott.ssa Landini e della sua esposizione. Con poche parole e con

grande chiarezza è riuscita a fare emergere quelle che sono le parole chiave ed il credo di chi si dedica alla ricerca. Anche io faccio ricerca, ma in un modo differente. Io mi occupo di ricerca sociale, voi di ricerca clinica e scientifica. Le parole chiave che sono emerse e che io ho colto non sono una novità ma sono molto importanti: TEMPO, serve tempo e la ricerca ne richiede molto. Non bisogna attardarsi ma non si può avere nemmeno fretta. La ricerca è fatta di piccoli passi e non da bruschi scatti. Quarant'anni fa nacquero i primi tre IRCS, ora siamo a cinquantadue se non erro e tutto questo ha richiesto tempo.
FANTASIA, alla base della ricerca ci sono le idee, le intuizioni. Servono parole nuove che abbiano però una base solida e questa base la possono fornire solo l'esperienza, la conoscenza e le capacità. In questo senso le banche dati citate dalla Dott.ssa Landini sono essenziali.
SOLDI, una parola mai citata per garbo nell'intervento della Dott.ssa ma che sono essenziali. I soldi portano mezzi sia tecnici che umani, i soldi generano posti di lavoro e progresso e la ricerca ne ha un disperato bisogno. Dentro queste parole c'è tutta la riflessione che è alla base del PNRR che si basa sugli investimenti e sul tempo. Quello che però vorrei discutere qui con voi oggi è l'assetto istituzionale di questo PNRR, ovvero l'idea di fondo e la visione su come questi fondi e questo tempo debbano essere impiegati, quale direzione debbano prendere. Io ritengo che al momento questo assetto istituzionale non ci sia ancora, o per lo meno non sia sufficientemente chiaro.
Come già detto dalla Landini la ricerca è un investimento sociale, ed io sono totalmente in accordo con lei. Il PNRR è una montagna di denari, dai 190 ai 230 miliardi per l'esattezza. Una cifra spropositata che non abbiamo mai visto in precedenza e che, debbo ricordarlo per correttezza ed onestà, è però a debito e che ci viene fornita dagli istituti bancari europei ora che abbiamo attraversato questo periodo storico di estrema difficoltà pandemica. Questo debito ricade su di noi, sui nostri figli e sui loro figli che nasceranno domani. Non è un regalo. Il debito pubblico a causa del PNRR e degli interventi fatti durante la pandemia crescerà di oltre 500 miliardi. Abbiamo quindi il dovere di spendere bene questi soldi, spenderli bene e spenderli presto. Se vogliamo parlare di date noi dobbiamo sapere cosa fare con questi denari entro l'agosto del 2023. Dovremo fare bandi, attribuire le risorse ai vari soggetti e loro dovranno avere i mezzi per poterli utilizzare ed impegnare con atti giuridicamente rilevanti entro l'agosto del 2026. Abbiamo tempi strettissimi.
Alla ricerca il PNRR destina circa 12 miliardi di euro, una cifra importante. Ci sono due principali metodologie di attribuzione di questi fondi, la prima è quella a pioggia, ovvero una distribuzione che raggiunga più o meno tutti gli istituti che ne abbiano diritto e bisogno, e poi vedere cosa questi, in modo del tutto indipendente, riescano a farci. È una logica di bonus questa, una logica che entro certi limiti può avere un senso ma che non può essere il principale canale di investimento di un progetto così tanto più grande.
Di questi 12 miliardi di euro 1,5 saranno dedicati esclusivamente alla creazione di dottorati di ricerca e borse di studio. I dati ci dicono che negli ultimi dieci anni il paese ha visto una diminuzione vicina al 30% in questo particolare campo ed è ora di invertire il trend. Come diceva prima la Dott.ssa Landini questi numeri indicano una mancanza di investimenti non solo nella scienza ma anche nel sociale.
Il secondo canale di distribuzione di questa grande mole di soldi è invece un nodo ancora da sciogliere ma che si lega a quelli che vengono chiamati col nome di "grandi progetti strategici". I grandi progetti strategici sono però ad ora una grossa incognita. L'idea è quella di istituire e creare dei grandi apparati di ricerca a livello nazionale, almeno una trentina. Sarebbero delle vere e proprie fondazioni, libere da alcuni vincoli dei bandi pubblici e quindi agili nel reinvestire i fondi ricevuti. Di tutto questo ad ora non abbiamo però ancora nessun documento ufficiale, non esiste alcuna carta che fornisca dettagli o punti certi. Il rischio è quello di ritrovarsi con una pletora molto numerosa di fondazioni di vario tipo, dedicate alla ricerca in ambiti diversi e settoriali che una volta ricevuti questi soldi saranno abbandonate a loro stesse. Alcune, quelle con una gestione virtuosa, saranno in grado di fare fruttare gli investimenti, altre no. Essendo poi tutti questi soldi a debito c'è la possibilità concreta che, in mancanza di un piano chiaro e trasparente, queste fondazioni possano poi incontrare un ostacolo nel ministero dell'economia. La logica della spesa pubblica è sempre e purtroppo una logica di risparmio, il ministero potrebbe rendere difficoltoso il meccanismo di approvazione degli investimenti. In soldoni si corre il rischio di investire meno, sviluppare molti meno progetti e ricerche col fine di non indebitarsi per le intere cifre che avremmo invece a disposizione. È chiaro quindi come la mancanza di un piano e di un assetto istituzionale che veicoli idee e soldi sia il primo muro da abbattere, e dobbiamo abbatterlo in tempi brevissimi.
Questo atteggiamento non è nuovo nel nostro paese e non è esclusivo. È un comportamento che possiamo osservare un po' ovunque e forse fa anche parte della nostra mentalità, almeno in parte. L'Italia è l'unico dei 37 paesi dell'OCSE, i paesi più industrializzati al mondo, ad apporre il segno meno ai redditi medi della popolazione calcolati sugli ultimi trent' anni. Siamo ad un drammatico -3%.
La Francia è a +35%, la Germania +37%, l'Inghilterra +44%. Siamo un paese che fa fatica, fa una enorme fatica. L'82% degli italiani non considera fondamentale investire nella scuola e negli studi, questo spiega anche quel dato circa il -30% di dottorati di ricerca negli ultimi anni. Chi vorrebbe investire tempo e denaro in un dottorato di ricerca per poi finire sottopagato, sfruttato o magari persino a svolgere una mansione dignitosa ma estranea ad una carriera di studi così faticosa?
Vediamo anche che sia aziende che famiglie non investono più su loro stesse preferendo invece accumulare denaro ove possibile. I conti correnti degli italiani si gonfiano, i soldi non escono più perché c'è paura del futuro, c'è incertezza. La paura del futuro è data sempre e solo da una mancanza di visione, dalla assenza di un piano. Serve assolutamente un progetto e serve ora.
Sempre per limitare la nostra discussione all'ambito della ricerca, che è quello di cui parliamo in questa sede oggi, debbo poi riportare e fare presente che la legge di bilancio che verrà approvata entro fine anno di fatto

cancella l'Agenzia nazionale di ricerca, cancella con un colpo di spugna una cosa a cui abbiamo lavorato negli ultimi cinque anni. L'Agenzia nazionale di ricerca era un ente pensato per fare da collante, per coordinare e promuovere la ricerca all'interno dei vari istituti di ricerca. Questo è stato fatto con una logica a mio avviso discutibile, quella di rafforzare i grandi poli di ricerca pubblici italiani: CNR, ENEA, Agenzia spaziale italiana e l'Istituto nazionale di fisica nucleare. Il concetto è quello di avere pochi ma grandi pilastri di ricerca pubblici in cui iniettare fondi che poi scenderanno a cascata sugli enti sottoposti. Abbiamo già visto come questo sistema non funzioni, o funzioni solo parzialmente e che sia quindi inadeguato a gestire numeri simili in modo proficuo per il paese e la società. Dobbiamo quindi trovare spazio anche per una metodologia di investimenti che passi tramite il privato e non ritengo che il metodo delle fondazioni sia quello giusto. Non può essere la soluzione.
Stiamo ora attendendo con grande curiosità di ricevere e leggere i grandi bandi per i grandi apparati di ricerca pubblica, e speriamo che contengano qualcosa di solido. Il tempo passa veloce e dobbiamo assolutamente trovare un modo per cominciare a correre con lui. Grazie della vostra attenzione.

PROF. IVAN CAVICCHI (Docente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata di Roma)
Ho deciso di apportare un cambio di scaletta al mio intervento per meglio analizzare e rispondere agli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto. Vorrei confutare la tesi che la scienza sia una variabile indipendente dalla società. Sono convinto del contrario anzi più che mai oggi la scienza deve in qualche modo essere validata dalla società.
E già questa è una prima grande discontinuità. Fino ad oggi la verità scientifica era auto riferita alla scienza che ne dichiarava la validità quindi dipendeva sostanzialmente dal metodo scientifico che ne garantiva la verità, e il metodo scientifico era fondamentalmente solo un affaire medico.
Oggi tutto questo resta ma cade l'autoreferenzialità e la scienza deve fare i conti con la società. Cioè l'episteme deve fare i conti con la Doxa.
Riprendendo i preziosi suggerimenti di De Rita io affermo che a mediare i rapporti tra bisogni sociali e scienza debbono essere le istituzioni. Le istituzioni, i servizi, gli ospedali, dovrebbero essere concepite con questo fine.
Vi sono colleghi che a più riprese soprattutto affermano che la scienza per sua natura non è democratica e che le verità scientifiche sono indiscutibili.
Io non sono d'accordo.
La scienza non può essere slegata dalla società, non può evitare di dover rapportarsi ad essa. Uno dei motivi? Con l'evolversi della società e col passare del tempo il tipo di pazienti cambia.
Oggi i pazienti non ci sono più. Per loro sì che la scienza era la fonte della verità. Oggi ci sono gli esigenti cioè persone convinte di avere dei diritti di cui il più importante è quello dell'autodeterminazione. Oggi ci sono anche gli esitanti cioè persone che proprio nei confronti della scienza hanno dei dubbi e non si fidano.
Non è un caso se il contenzioso legale tra medici e cittadini continua a crescere. Non è un caso se la questione dell'errore medico e della sicurezza delle cure ha fatto nascere una legge ad hoc (L. 24). Non è un caso se in parlamento è stata votata una legge per difendere i medici dalle violenze anche fisiche dei malati e dei famigliari dei malati. La scienza resta scienza ma di certo ha perduto la sua dogmaticità. Oggi abbiamo a che fare con il fenomeno del disincanto. Molta gente crede sempre di meno alle verità scientifiche e alla scienza e quindi ai medici.
Le evidenze scientifiche, in un sistema così incredibilmente complesso come il nostro, non possono fare a meno di confrontarsi con il principio empirico e mediare con quelle che sono le opinioni del malato cioè le opinioni dell'ex paziente. Quindi con le sue esperienze. Le esperienze a loro volta sono conoscenze e le conoscenze a loro volta diventano credenze e le credenze diventano verità anche se personali. Pirandello prima di tutti è stato chiarissimo. Le verità sono le credenze che riteniamo vere e a cui crediamo. Quindi non solo le tavole della legge.
Per il medico avere a che fare con le credenze del malato quindi con le sue verità è un lavoro extra, qualcosa in più che nessuna macchina o computer, per quanto evoluto o performante, potrà mai fare al suo posto. Con questo non sto negando le verità scientifiche che sono e rimangono verità fondamentali da cui partire. Sto semplicemente dicendo che le verità scientifiche delle quali abbiamo bisogno per essere scientifici (per l'appunto) sono più problematiche di quello che si crede. Cioè non sono né scontate e né inconfutabili.
In un recente libro che ho scritto (*L'evidenza scientifica in medicina. L'uso pragmatico delle verità*. Nexus) definisco le verità scientifiche come verità "paraconsistenti". Le ho definite così perché a seconda del malato (penso alla sua singolarità) la verità scientifica può assumere diversi gradi di verità, o di falsità. Per la prima volta nella storia ci troviamo nella situazione in cui dobbiamo prendere in considerazioni le opinioni del nostro paziente e piegare, almeno parzialmente, una verità scientifica.
Come facciamo quindi ad affermare che la scienza non è democratica? Cioè come facciamo a dire ad un malato che se lo dico io che sono medico ci puoi credere. Se lo dice il medico quello che dice è vero. Purtroppo o per fortuna non è più così. Se lo dice il medico bene resta da capire se quello che dice mi convince, se le sue verità non sono contraddette dalle mie esperienze personali. La verità vera è che oggi per legge (penso alle DAT) dobbiamo confrontarci con il nostro malato per stabilire quale sia la verità, per sceglierla abbiamo bisogno di lui e delle sue singolarità. È dunque facile comprendere che la scienza oggi il lusso di essere dogmatica non se lo può proprio permettere.
Ma lasciamo perdere queste controversie sulla verità che oscillano tra scetticismo e tra relativismo quindi tra Pirrone e Montaigne.
Debbo essere onesto con voi, ho il fondato timore che noi non si abbia imparato assolutamente nulla da questa

pandemia. Temo che il tram della sanità continuerà a caracollare. 134.000 morti non sono bastati, non sono stati sufficienti nemmeno per farci partorire un progetto di riforma. L'unica cosa che abbiamo è una teoria, da me lo confesso subito non condivisa, secondo cui dovremmo potenziare ciò che già c'è. Speranza siccome non ha un pensiero riformatore (è un sughero che galleggia sopra la battigia) non ha capito il rischio che corre: se si resta dentro il sistema invariante c'è il rischio che si potenziano anche le contraddizioni dello status quo.
Certo che la pandemia ha dimostrato che abbiamo pochi posti letto ma soprattutto ha dimostrato che abbiamo ospedali culturalmente vecchi. Abbiamo affrontato una pandemia partendo con 40.000 posti letto in meno perché qualcuno negli anni passati per ragioni di sostenibilità ha deciso che andavano tagliati. Abbiamo oggi pochi posti letto perché qualcuno ha chiuso gli ospedali. Ci siamo ritrovati a dover applicare metodi di selezione Darwiniana (mi è capitato a questo riguardo di esser in dissenso con la SIARTI) a cui mi sono opposto, per decidere chi potesse vivere e chi no. Una riflessione che la pandemia mi ha causata è quella che riguarda il concetto di tutela, la tutela di un ipotetico cittadino da parte della repubblica, un cittadino che diamo per scontato che debba essere tutelato. Tutela vuol dire difesa protezione.
In questa pandemia mi è venuto il dubbio che la nostra idea classica di tutela, di difesa, di protezione, non sia proprio convincente. Ecco, a me questo concetto di tutela generale appare meno forte e solido oggigiorno. Rivedrei la definizione di "tutela generale" in questo modo: la repubblica tutela la salute del cittadino con l'aiuto del cittadino. Cioè il cittadino che partecipa attivamente alla sua tutela. Io non ho solo bisogno di vaccini, ho anche bisogno di cittadini che vogliano vaccinarsi, che vogliano dare una mano. Se considero i cittadini solo dei soggetti da difendere probabilmente escludo la possibilità che i cittadini possono attivamente agire anche per autodifendersi. Quindi escludo la possibilità di formare un cittadino all'auto tutela.
Infine sempre pensando alla pandemia un'altra riflessione:
ma con tutto il casino che con il COVID-19 è capitato ha ancora senso parlare solo di diritto alla salute dimenticando di parlare di dovere alla salute? Non parlo di dovere come obbligo, non intendo fare una legge che obblighi alla salute. Il dovere che vi propongo va inteso in senso Kantiano, cioè la razionalità discute con la coscienza e tramite l'educazione, la scuola e varie iniziative, giunga a delle scelte. Senza i proclami.
Insomma la pandemia mi suggerisce di rivedere la contrapposizione tra collettivo e individuale e tra diritto e dovere. A tale proposito mi viene da pensare che in fin dei conti le questioni non sono così separabili.
Se ammettessi il dovere alla salute è evidente che il suo spazio sociale naturale dovrebbe essere la comunità. Il dovere sta alla comunità come l'interesse individuale sta a quello collettivo.
Ma detto ciò non posso fare ameno di ricordarvi che nel 1992 noi abbiamo fatto una legge che toglieva i poteri ai comuni circa la salute primaria per passarli alle regioni. Le regioni però sono quanto di più lontano ci sia dall'idea di comunità. Come diceva quindi De Rita noi abbiamo bisogno di istituzioni che siano in grado di mediare, dobbiamo ripensar gli assetti istituzionali. Io dubito fortemente che le regioni si priverebbero del piacere di nominare i dirigenti delle aziende sanitarie, questo credo sarebbe troppo, ma forse sarebbe possibile creare degli accordi che portino a delle deleghe comunali circa la salute primaria. Questo colmerebbe parzialmente la grande distanza che c'è ad oggi. Ovviamente servono un po' di risorse, ma sarebbe una cosa semplice e fattibile.
Non posso far finta di niente. Ma questa pandemia non ha fatto solo 134.000 morti, ma è riuscita a spazzare via il nostro intero sistema di prevenzione. La nostra vecchia idea di territorio. Di distretto. Di assistenza integrata. Abbiamo un sistema che si basa ancora su una netta dicotomia tra ambiente e salute. I ministeri dell'ambiente e della salute sono due ministeri separati. Poco tempo fa il nostro ministro ha proposto lo slogan ONE HEALTH. Ma cosa significa One Health? A noi serve un'istituzione capace di tradurre questo slogan in un progetto, una strategia fondata sulla scienza. Se noi passiamo dalla logica deterministica classica causa-effetto a "one health" io sto passando da una visione semplice ad una complessa. Significa entrare in un mondo fatto di variabili economiche e ambientali per cui io non ho ancora né un piano né un metodo. Interconnettere queste variabili richiede alti gradi di complessità, e per gestire questi alti gradi di complessità servono metodologie e istituzioni capaci di mediare e che basino i loro interventi sulla conoscenza scientifica. Chiudo ricordando che ogni paese ha diversi tipi di ricchezza. C'è la ricchezza economica, per cui abbiamo comunemente accettato il PIL come suo indicatore. La salute è un tipo di ricchezza, così come l'istruzione e l'ambiente, che hanno degli indicatori molto differenti. Produrre salute significa produrre ricchezza. La ricerca scientifica è alla base della produzione di questa ricchezza. Credo quindi che sia necessario ripensare e ridefinire il ruolo dei nostri comuni affinché diventino soggetti capaci di produrre questo tipo di ricchezza. Dovranno altresì divenire l'anello di giunzione tra la scienza e gli individui, e potranno fare questo solo rendendosi mediatori con le varie comunità. Grazie.

DISCUSSIONE

AVV. FRANCESCO SASSONE (Capogruppo Fratelli d'Italia Consiglio Comunale di Bologna)
Ringrazio tutti per l'invito ed in special modo Giancarlo Pizza, che è stato anche nostro candidato capolista alle ultime amministrative. Ho ascoltato con vivo interesse tutti questi interventi di così alto profilo. Il mio intervento sarà di caratura minore ovviamente se confrontato alle capacità e alle competenze che hanno parlato oggi. Posso dire di aver ascoltato con attenzione e di essere rimasto esterrefatto ascoltando quanto si sia battuto sull'importanza di avere una visione futura circa l'utilizzo dei fondi del PNRR. Posso dire che tutte queste valutazioni e opinioni saranno oggetto di attenta valutazione. Nel nostro ruolo, nella municipalità di Bologna, abbiamo ricadute di diversa natura rispetto a quelle in ambito scientifico citate da voi. Le nostre ricadute sono principalmente di tipo infrastrutturale, ma ben si collegano al concetto espresso da Cavicchi circa la produzione

di salute come ricchezza. Per fare un esempio potrei parlare del passante di mezzo, una infrastruttura che ha bisogno di diversi tipi di valutazioni tra loro comunicanti prima di poter essere comunemente accettata. Quale impatto potrebbe avere questa sulla salute dei cittadini? C'è bisogno di uno studio preventivo che unisca vari tipi di numeri, quelli trasportistici ma anche quelli circa la salute della comunità. Eseguire questi studi successivamente all'opera sarebbe il fallimento della politica.
Quando il Prof. Cavicchi parlava della centralità che dovrebbero ricoprire i comuni io ero pienamente d'accordo. Io ho qui con me un dato che definirei quasi divertente, ma che divertente non è. Stiamo chiudendo il bilancio della città proprio in questi giorni, lo voteremo a breve e posso quindi fornirvi dei dati ufficiali. Il bilancio della città di Bologna tocca il miliardo di euro, numeri non certo da piccola città. Di questo miliardo nell'area sanità e salute il comune stanzia circa 1.913.000 euro. Poco. Le voci di spesa sono: contributi salute, progetti europei, gioco d'azzardo, elettromagnetismo, bonifica rifiuti Pilastro, mangime colombi… insomma, queste sono solo alcune delle voci di spesa. Ora mi chiedo come sia possibile, dopo aver ascoltato e condiviso il discorso sulle comunità, ritrovarsi con voci di spesa simili. Chi meglio dell'amministrazione comunale conosce le esigenze dei propri cittadini? La regione quest'anno stanzierà sulla sanità quasi 10 miliardi sui 16 miliardi dell'intero bilancio. Potete notare da voi l'enorme divario tra queste due realtà. Poi dovremmo anche capire come vengono spesi tutti questi soldi, la politica ha il dovere di interrogarsi su numeri che indicano la progressiva sparizione degli ospedali di prossimità e di posti letto in numero sempre inferiore. I sindaci di qualsiasi città, ma specialmente dei capoluoghi, dovrebbero avere voce in capitolo circa la nomina dei primari e dei ruoli strategici poiché queste scelte saranno impattanti sulla comunità e sul territorio da loro gestito.
Prenderò poi in prestito il ragionamento proposto da Cavicchi sulla produzione di salute come ricchezza, lo utilizzerò per rafforzare ulteriormente la visione secondo cui un comune intero non possa essere estromesso da certi tipi di scelte. Non è più possibile che ci sia una delega totale di queste decisioni alla regione. Ringrazio tutti per le tante nozioni ed opinioni che mi sono state proposte oggi, per avermi aperto gli occhi su vari temi, come quello della tecnologia al servizio della sanità e per avermi aggiornato sulle grandi innovazioni che stanno arrivando in campo medico. Colgo l'occasione per ringraziare poi tutti i ricercatori, per il loro impegno e la loro dedizione alla causa. Grazie

AVV. MARTA EVANGELISTI (Vicepresidente Consiglio Comunale di Bologna)
Mi accodo ai ringraziamenti del nostro capogruppo Sassone per l'invito ricevuto. Ho avuto modo di ascoltare interventi molto concreti e puntuali oggi e per questo farò del mio meglio per essere altrettanto incisiva. La mia intenzione è dunque quella di esporvi una serie di proposte progettuali, proposte che desidero condividere con voi tutti, che sono da tempo nel nostro programma di governo e che non appena possibile sottoporremo al sindaco. Sono tutte idee che vanno nell'unica direzione del miglioramento della vita dei bolognesi. Molte di queste, e lo dico con piacere, si incastonano perfettamente negli input ed i ragionamenti da voi tutti proposti. Parto facendo alcune considerazioni. Allo stato attuale i comuni, come già ribadito, sono pressoché totalmente estromessi dall'ambito sanitario a favore delle regioni. Io penso però che il sindaco sia autorità di governo, che sia ufficiale sanitario della cittadinanza. Il sindaco deve rivendicare il proprio ruolo di controllo sulle aziende ospedaliere con le regioni. Tutte queste cose che sto dicendo non rimarranno parole; intendiamo tradurle in proposte di legge di cui ci faremo carico assieme ai nostri parlamentari. Saremo propositivi. Un secondo ragionamento è quello che vede l'assessore alla sanità presiedere la conferenza territoriale socio-sanitaria. Il sindaco Lepore questa volta a deciso di tenere la delega per sé stesso e ad ora presiede la suddetta conferenza. I compiti di quest'ultima sono tutt'altro che marginali, deve infatti: approvare il PAL (piano attuativo locale), distribuire equamente le risorse, promuovere strategicamente degli eventi circa la salute ed il benessere sociale, effettuare una verifica periodica delle attività delle aziende. Ad ora tutti questi compiti sono in mano al sindaco Lepore.
Nella nostra visione riteniamo che i presidi ospedalieri debbano ricoprire il punto apicale, terminale. Un ruolo molto importante è attribuito però anche ai medici di medicina generale le cui possibilità debbono essere potenziate. La recente pandemia ha messo in luce tutte le criticità della medicina sia territoriale che ospedaliera. Il sistema ha mostrato lacune e debolezze sia a livello quantitativo che qualitativo ed è per questo che ci facciamo promotori di alcune proposte che a nostro avviso contribuirebbero a rendere il sistema maggiormente solido ed efficiente.
La costituzione presso un assessorato di un comitato di esperti in scienze mediche. Ovviamente non potremmo fare questo senza interpellare l'ODM e coinvolgerlo nella sua genesi. Il comitato avrebbe il compito di elaborare nuove linee di ricerca da perseguire.
La creazione di un comitato di progettazione generale. Questo non sarebbe un comitato in seno ad un assessorato ma risponderebbe direttamente al gabinetto del sindaco, di conseguenza ricadrebbe direttamente sotto la sua autorità. Questo avrebbe il compito di interpellare e coinvolgere gli istituti bancari, interagire con il comitato di cui sopra, le università, gli istituti di ricerca. Avrebbe dunque un ruolo chiave nell'armonizzare i progetti e le strategie di tutti questi ed evitare inutili sovrapposizioni. Crediamo anche che dovrebbe ricevere apporti anche da altri ambienti quali quello urbanistico e infrastrutturale.
Una riorganizzazione sanitaria generale. Il frazionamento dell'ospedale Malpighi a nostro avviso fu un errore e vorremmo che il sindaco potesse dire la sua al riguardo.
Maggiore peso del Sindaco nella scelta delle figure di direzione delle varie unità ospedaliere. Questi ruoli negli ultimi anni sono stati spesso assegnati con criteri che non possono definirsi meritocratici.

Maggiore potere ai medici di medicina generale, facilitare loro l'accesso ai servizi. Facilitare l'attivazione delle cure per i loro pazienti.
La possibilità di creare veri e propri gruppi di lavoro, partnership per risolvere i casi clinici più complessi. Abbiamo ipotizzato che questi team potrebbero comporsi di 5 elementi, quattro specialisti ed un medico di medicina generale. Questo porterebbe ad un iter diagnostico condiviso tra più professionisti. Una operazione che porti ad una maggiore trasparenza/conoscenza circa le percentuali di successo dei vari inerventi e delle varie terapie. I risultati andrebbero certificati, le aziende sanitarie dovrebbero essere incentivate a pubblicarli in un modo chiaro e diretto, accessibile e comprensibile alla cittadinanza.
Studiare un metodo di partecipazione da parte della cittadinanza alle decisioni che riguardano la distribuzione dei fondi e delle risorse per la ricerca. I cittadini sono i fruitori finali del servizio e dovremmo trovare loro uno spazio per esprimersi su questo punto.
Concludo ringraziandovi per l'attenzione. Considerateci pienamente disponibili e sempre aperti a ricevere suggerimenti e indicazioni. Invitiamo l'ODM sin da ora ad integrare, commentare o modificare queste nostre proposte che tenteremo con ogni mezzo di promuovere nelle opportune sedi di discussione. Grazie.

DOTT. FABIO BATTISTINI (Candidato indipendente a Sindaco di Bologna- non eletto)
Grazie all'ODM, al presidente Bagnoli e al Dott. Pizza per l'invito. Io oggi sarei qui solo per ascoltare, non ho in realtà molto da dire. Da uomo di strada, non medico, posso solo dirmi stupefatto e affascinato da ciò che ho visto oggi. I vari professori e dottori che si sono succeduti qui al microfono mi hanno fatto ascoltare e vedere cose incredibili davanti alle quali non so come replicare. Mi sento solo di menzionare alcuni punti che ho recepito con particolare forza e che porterò a casa con me. Il valore sociale della ricerca è certamente quello che più è emerso e che più ha messo d'accordo tutti i presenti. Io sono un imprenditore, e come imprenditore mi è più facile discutere e commentare concetti come quelli esposti dal Prof. De Rita. Il binomio soldi-tempo è a me ben noto, comprensibile, capisco come la scommessa del PNRR si giocherà tutta su quest'asse. L'imprenditore, e chi è imprenditore lo sa, crea un business plan... e questo ancora manca. Il non sapere come spendere questi soldi è un grosso problema. Circa al Prof. Cavicchi, che avrei ascoltato per ore, voglio invece lanciare una provocazione terribile: la salute non ha un valore assoluto.
In quanto interprete del palcoscenico pubblico locale mi accodo poi all'idea che la municipalità si debba riappropriare, almeno parzialmente, della propria parte di voce in capitolo circa la sanità del territorio.

PROF. FRANCO TREVISANI (Professore Ordinario Università degli Studi di Bologna e Consigliere OMCEO Bologna)
Desidero segnalare due cose, la prima delle quali riguarda ciò di cui ha parlato il Prof. Zamagni, e cioè la necessità che i medici si formino anche in materia economica e di mercato riguardo a prestazioni medico-scientifiche. Qualche mese fa sono stato contattato da un consorzio americano di aziende farmaceutiche. Mi è stato chiesto di fare uno studio basato su un database che raccoglie i dati di oltre 7000 pazienti con patologia oncologia del fegato e che coordino dal 1998. Si trattava di una mera analisi di dati, che avremmo potuto effettuare in circa una settimana di lavoro. Quando mi è stato chiesto dal committente quale era la nostra richiesta economica io, che sono evidentemente insipiente in materia economica, ho deciso di interpellare alcuni colleghi che formano l'asse portante del nostro gruppo scientifico. Le cifre uscite da tale confronto interno sono state dell'ordine di 35-40.000 euro. Ho però avuto la felice intuizione di ribaltare la domanda al consorzio americano (quanto offrite?), ricevendo la proposta di un compenso pari a 95.000 euro. Ovviamente abbiamo accettato.
Per quanto riguarda ciò che è stato detto dal Prof. De Rita circa la mancanza di un assetto istituzionale, sono totalmente d'accordo. Sono però molto pessimista sul fatto che si possa giungere ad una soluzione in tempi accettabilmente brevi. Noi tutti abbiamo riposto molte speranze nel Presidente del Consiglio Draghi, che è un economista, quando ha assunto tale carica, in quanto egli certamente conosce bene tutte le tematiche oggi trattate. E allora perché non si sta muovendo in questo campo? È stato bloccato nel suo operato dalle tre "gorgone" citate dal Prof. Zamagni? Anche lei, Prof. De Rita, non è stato in grado di darci una spiegazione, limitandosi a dire che l'assetto istituzionale non esiste, ma non fornendoci una spiegazione della sua assenza. Grazie

DOTT.SSA MIRKA COCCONCELLI (Medico ortopedico)
Non era previsto il mio intervento, ragion per cui non ho un vero e proprio discorso, parlerò a braccio. Un grazie all'ODM per aver organizzato una giornata incredibilmente istruttiva come questa. Mi dispiace dover assistere anche oggi al silenzio assordante che proviene da gran parte della politica. Non sono comunque qui per fare polemica. Ci tengo a ringraziare il Dottor Gasbarrini per tutto ciò che ci ha mostrato, ed il collega Zaffagnini per la lectio magistralis. Come posso io non rimarcare ancora e ancora quanto sia divenuta sorda la politica? È su questo che voglio incentrare il mio intervento. Io voglio risposte, non voglio silenzio. Veniamo da decenni e decenni di tagli, ma qualcuno si è chiesto perché? Qualcuno lo sa? Il problema nasce nel 1992, anno in cui si decide che gli ospedali sono aziende, anno in cui si decide che gli ospedali debbano fare utili. Curare la gente diviene un piacevole effetto collaterale. Chi dice che il COVID-19 ha portato il SSN a indebolirsi mente! Il COVID-19 ha solo accelerato un malessere che c'era già. Siamo una categoria a cui sono state tolte tutte le motivazioni, tutti gli incentivi. I nostri medici fuggono all'estero...e non è solo una questione economica. Certo, anche questo è un tema, ma il problema vero è la mancanza di motivazioni. Sto parlando di stimoli, ragioni per rimanere, motivi per perseverare. Un inizio potrebbe essere il riconoscimento di "professione usurante" ad un chirurgo che trascorre quattordici ore al giorno in sala operatoria. Dobbiamo

cambiare, volete capirlo o no? Dove è il sindaco oggi? Perché non è presente tra noi oggi? Perché non ha mandato almeno un suo assistente? Io non tollero più un simile silenzio, non intendo più perdere tempo in un dialogo tra sordi. Il mio tempo come ortopedico è prezioso e non voglio più sprecarlo. A breve ci ritroveremo senza medici specialisti... è così che andrà. Servono atti pratici, è ora di produrre fatti concreti e smetterla di parlare.

DOTT.SSA BRUNA BELLOTTI (Associazione "Diritti senza barriere")
Buongiorno, sono Bruna Bellotti dell'associazione "Diritti senza barriere". Un grande ringraziamento anche da parte mia all'ODM che mi ha aperto le porte di questo bell'evento. Io sono qui, e sarò breve, per denunciare quello che è successo in Regione, ove è stata approvata una legge che crea di fatto una nuova figura apicale: il direttore assistenziale. Dico questo per farvi capire come e quale sia la politica della Regione circa la locazione delle risorse. A tal proposito, per divulgare i fatti, ho anche creato un volantino esplicativo. Sempre per restare sul tema delle risorse e su come vengono impiegate, voglio fare presente che oramai da anni assistiamo ad una esternalizzazione dei servizi. Mi soffermo in modo particolare sui servizi psichiatrici, in cui si ha a che fare con pazienti mentalmente deboli, persone in difficoltà prima mentale poi, forse, fisica. Con l'esternalizzazione dei servizi il personale che dà loro assistenza cambia continuamente. Le cooperative vogliono fare il massimo profitto, ciò contrasta con la necessità che venga applicata una riabilitazione psichiatrica personalizzata (e non avere un malato pienamente recuperato).
È impensabile che pazienti con un equilibrio tanto delicato possano essere inquadrati e trattati nel miglior modo possibile da un operatore assistenziale che forse non li rivedrà più. Tutto questo va in primis a svantaggio del malato, la persona debole, quella che la mia associazione vuole difendere e tutelare, ed in secundis a svantaggio della collettività. Se il paziente non si riprende, se non migliora sufficientemente rischia di diventare un problema per la collettività. Sarà a quel punto evidente che i soldi di tutti noi contribuenti sono stati spesi male. Non solo i miei soldi, anche i vostri. Come fare dunque? Quale soluzione? Io ritengo che la soluzione passi attraverso una volontà politica... sì, l'abbiamo tirata in ballo più volte oggi la politica. Bisogna fermare l'esternalizzazione dei servizi, bloccare gli appalti, lavorare all'interno del sistema. Ma non nel modo in cui questo avveniva prima... non dobbiamo sostituire una cooperativa esterna con la USL, la USL non deve interiorizzare il concetto di risparmio tipico di una cooperativa.
A questo punto, come già scritto nel volantino, è necessario stimolare la partecipazione di tutti. La partecipazione anche del controllo, della verifica circa le decisioni che la Regione prende su dove indirizzare i fondi e le risorse. Grazie

REPLICA DEL PROF. DE RITA
La domanda è difficile, andrebbe rivolta direttamente a Draghi. Io posso dare una mia spiegazione, molto personale. A Draghi ho fatto presente le mie preoccupazioni circa questa situazione, gli ho spiegato come sia molto preoccupato per l'assoluta incapacità di mediazione che sta dimostrando il nostro paese. Non c'è un confronto tra politica e scienza, tra politica e stato e nemmeno tra assetto sociale e assetto istituzionale. Le ragioni di queste mancanze sono diverse e andrebbero approfondite...provo a fare un riassunto. Per prima cosa, per ragioni diverse, sono ormai dieci anni che l'unica cosa che importa è l'oggi. Viviamo in una società che percepisce l'immediato e si occupa solamente di quello. Essere intrappolati nel presente credo sia il più grande dei problemi perché, anche a livello politico, il presente è ciò di cui si preoccupa la cittadinanza. Questo discorso vale per tutto, aziende e persone. La politica per fini elettorali ha cavalcato questo sistema e ora bisogna fare i conti con questa cosa. Un altro motivo è che siamo passati attraverso un periodo in cui uno valeva uno, un periodo che ha portato grande confusione ed in cui anche i canali di informazione non sono stati in grado di dare indicazioni sulla strada corretta da intraprendere.
Trovare la chiave di lettura per fare partire un dialogo che potesse unire i bisogni sociali al modello politico e quello economico è risultato impossibile. C'erano troppe voci da ascoltare. Poi c'è il tema del decadimento dei rendimenti sociali. È un discorso un po' drastico ma in quasi tutti gli ambiti in cui si è deciso di investire ci si è ritrovati con investimenti che rendevano sempre meno. Un lento scivolamento verso il basso di tanti ambiti: sport, digitalizzazione, infrastrutture, energia. Possiamo dire di essere entrati in un loop, un cane che si morde la coda. Non riusciamo più a capire quale sia il rendimento delle azioni che intraprendiamo e questo ci porta all'immobilismo che tutti noi vediamo. Spero di avere risposto almeno parzialmente alla domanda.

REPLICA DEL PROF. CAVICCHI
Desidero dare al Prof. Trevisani una risposta perentoria. Mi fa piacere che qui ci siano anche dei politici ad ascoltare. Tutte le criticità che noi troviamo oggi nel SSN sono tutte riconducibili in qualche modo a delle scelte puramente politiche. Tutte! Noi non possiamo lamentarci delle disuguaglianze se nessuno racconta quale sia la storia del titolo quinto. Qualcuno lo ha riformato quel titolo. Noi non possiamo lamentarci delle aziende senza raccontare che qualcuno le aziende le ha create. La cosa che mi colpisce del PNRR è la totale auto assoluzione che la politica fornisce a sé stessa. In quella carta non si parla mai di distorsioni e tra poteri centrali e poteri regionali, non vi è un accenno alle disuguaglianze, non si parla mai delle problematiche delle aziende. Trevisani, la mia idea è che un ricercatore per tirare fuori qualcosa di nuovo, come tu ben sai, debba farsi un mazzo quasi metafisico. Un pensiero di riforma non lo trovi nell'orto, ci devi lavorare, ci devi investire, e la politica non investe più nulla. Non esistono più luoghi in cui parlare, non esistono più luoghi di confronto, non esistono più nemmeno riviste da leggere. La mediocrità della politica è il problema, e lo dico da fautore

della politica. Io sono contrario a chi dice che la politica deve uscire dalla sanità, la sanità è complessa e ha bisogno di una struttura complessa per essere gestita. Il problema è che la politica di oggi è ad un livello dilettantistico. Il PNRR è il compitino di un dilettante, questa è la verità.
Il problema è la nostra politica ed i nostri politici, non sono all'altezza delle sfide.

CONCLUSIONE

Dott. Lumia
La parola ora al dott. Pizza, Vicepresidente dell'Ordine, per le conclusioni della giornata.

DOTT. GIANCARLO PIZZA
Voglio solamente dire grazie al presidente dell'ordine, Luigi Bagnoli. Quando Salvatore Lumia ed io abbiamo proposto che venisse messo all'ordine del giorno questo convegno lui ha subito accettato e lo ha calendarizzato. L'essere qui oggi è quindi un suo merito e per questo voglio ringraziarlo. Io non debbo davvero aggiungere altro a quanto già detto in questo incontro, non voglio nemmeno aggiungere altro. Credo sia stato detto davvero tutto e forse anche qualcosa di più. I miei ringraziamenti vanno a tutti voi presenti e ai relatori, alcuni dei quali sono venuti da lontano. Mi ha fatto un enorme piacere avere l'occasione di rivedere il Dottor Gasbarrini che non incontravo da almeno quindici anni. Pensate, all'epoca mi portava pezzi di tumori renali e ossei, li utilizzavamo per la vaccino-terapia genica...
Sono episodi che non dimentico e mi ha fatto un piacere immenso incontrarlo nuovamente.
L'evento di oggi è stato creato ad hoc con un solo ed unico fine: stimolare una risposta sulla ricerca da parte della nostra classe politica. Sono quindi molto grato ai politici che sono intervenuti e sono ora presenti, un po' meno ai tanti che hanno deciso che questo evento non fosse sufficientemente interessante e degno di attenzione. L'ODM è un organo sussidiario dello stato ed in quanto tale ritiene sia un suo dovere richiamare l'attenzione su certi temi, temi di importanza vitale per la collettività. Grazie a tutti voi per essere stati qui oggi.

COLIBRÌ®

Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO
Aut. San. P.G. n. 58841 del 10/03/2008
Consorzio Ospedaliero Colibrì
Direttore Sanitario e Primario: ***Dott. Paolo Baroncini***
Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza
- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

Ambulatori
- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061
Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***
40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

Si ricerca Medico per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Se interessati contattare il numero 051-224466 o inviare curriculum a info@newhelp.it / segreteria3@bernasconi.pro. L'orario di segreteria è il seguente: dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 16:00 e il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

Si ricerca Specialistica in Cardiologia per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Se interessati contattare il numero 051-224466 o inviare curriculum a info@newhelp.it / segreteria3@bernasconi.pro. L'orario di segreteria è il seguente: dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 16:00 e il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

Vendita attività studio odontoiatrico monoprofessionale a Modena. Clientela ultratrentennale. Ottima location. Cell. 334/7324158.

Cedesi studio dentistico situato a San Lazzaro di Savena (BO), avviamento trentacinquennale, causa prossima cessazione attività. Composto da 2 unità operative annesso studio medico, segreteria, zona sterilizzazione, sala d'aspetto, 2 servizi igienici. Tutti i permessi in regola. Per info scrivere a dottorob@gmail.com.

In palazzo storico di Piazza dei Martiri (Bologna) munito di ascensore e servizio di portierato sono disponibili 2 stanze libere da arredo in studio medico condiviso con collega odontoiatra. Canone richiesto euro 500,00 comprese tutte le spese. Cell. 349/4914773. No odontoiatra.

Norme editoriali

L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE

Siamo nati azienda e **siamo diventati un gruppo**, sappiamo cosa vuol dire essere piccoli e stiamo imparando a essere grandi. Cresciamo con i nostri clienti e tracciamo insieme **nuove strade da percorrere**, sviluppando **packaging per l'healthcare nati dal dialogo**.

www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento