

DOSSIER 2/2009

Spunti per una riflessione approfondita sulla sanità nella Provincia di Bologna

• • •

Conferenza - 11 febbraio 2009

Ing. Giorgio De Rita - Amministratore Delegato di Nomisma SpA



Prot. n. 139/GP/pm
2009

Bologna, 17 gennaio

Vasco Errani, Presidente della Giunta Regionale Regione Emilia Romagna (RER)
Giovanni Bissoni, Assessore alle Politiche per la Salute RER
Roberto grilli Gentile, Direttore Agenzia Sanitaria, RER
Beatrice Draghetti, Presidente della Provincia di Bologna
Giuliano Barigazzi, Assessore alla Sanità, Provincia di Bologna
Sergio Cofferati, Sindaco del Comune di Bologna
Giuseppe Paruolo, Assessore alla Sanità, Comune di Bologna
Flavio Delbono, Candidato Sindaco al Comune di Bologna
Daniele Corticelli, Candidato Sindaco al Comune di Bologna
Giorgio Guazzaloca, Candidato Sindaco al Comune di Bologna
Alfredo Cazzola, Candidato Sindaco al Comune di Bologna
Gianfranco Pasquino, Candidato Sindaco al Comune di Bologna
Pier Ugo Calzolari, Rettore Università di Bologna
Sergio Stefoni, Preside Facoltà di Medicina Università di Bologna
Giorgio Cantelli Forti, Candidato Rettore Università di Bologna
Ivano Dionigi, Candidato Rettore Università di Bologna
Antonio Manzoli, Direttore Scientifico IOR
Giovanni Baldi, Direttore Generale IOR
Stefano Liverani, Direttore Sanitario IOR
Augusto Cavina, Direttore Generale Az. Ospedaliero-Universitaria
Vito Bongiovanni, Direttore Sanitario, Az. Ospedaliero-Universitaria
Francesco Ripa di Meana, Direttore Generale AUSL Città di Bologna
Massimo Annichiarico, Direttore Sanitario AUSL Città di Bologna
Mario Tubertini, Direttore Generale AUSL di Imola
Gianbattista Spagnoli, Direttore Sanitario AUSL di Imola
Agostino Baruzzi, Direttore Dipartimento di Neuroscienze
Al Presidente Fondazio Carisbo - Prof. Fabio Roversi Monaco
Al Presidente Fondazione Del Monte - Prof. Marco Cammelli
Al Presidente di Unindustria, Bologna - Dott. Gaetano Maccaferri
Ai Presidenti OMCeO RER
Al Consiglio Direttivo OMCeO Bologna
Alla Commissione Albo Odontoiatri OMCeO Bologna
Al Comitato di Bioetica OMCeO Bologna
Alla Commissione "Problematiche dell'Ospedalità Pubblica" OMCeO Bologna

Loro Sedi

Oggetto: Invito alla Conferenza dell'ing. Giorgio De Rita dal titolo **“Spunti per una riflessione approfondita sulla sanità nella Provincia di Bologna”** che si terrà presso la sede ordinistica, Via Zaccherini Alvisi 4, mercoledì 11 febbraio alle ore 10.

Gentili Signori,

L'ing. Giorgio De Rita, Amministratore delegato di NOMISMA – una delle principali società bolognesi operanti in campo nazionale ed europeo nel mercato delle ricerca economica e sociale – è stato l'Ospite Relatore alla “Giornata del Medico” organizzata dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia svoltasi nel dicembre u.s. intrattenendo gli intervenuti su **“Aspetti e prospettive della professione medica a Bologna tra eccellenza e periferia”**.

Dal quadro tracciato ed emerso dalla relazione si è tratto spunto e sollecitazione per una iniziativa – sentita quale estrinsecazione di un proprio dovere e compito istituzionale da parte di quest'Ordine provinciale – che possa costituire e risultare occasione di incontro, riflessione, confronto allargato e nondimeno responsabilizzare gli Organi e Rappresentanze territoriali in una riflessione incentrata sulla migliore estrinsecazione possibile dell'attività sanitaria per la salvaguardia della salute della popolazione di riferimento.

Sono risultati infatti evidenziati alcuni aspetti di possibile rischio di scollamento di funzioni sanitarie tra i soggetti deputati all'esercizio della professione rispetto ai relativi apparati decisionali di organizzazione sanitaria, mentre interessanti spunti critici sono stati offerti da alcuni Colleghi, trovando eco ed ospitalità nel Bollettino Notiziario dell'Ordine. Di qui l'invito alla riflessione di tutti gli Organi e Decisori in indirizzo al fine di poter porre allo studio ed approntare, se ritenuti necessari, i correttivi prospettici potenzialmente utili.

Il 1992 è stato per la sanità pubblica una delle principali tappe di cambiamento e di innovazione nel rapporto tra medico e paziente e più in generale nel rapporto tra sistema sanitario e sistema sociale: aziendalizzazione delle strutture pubbliche, introduzione dei principi del controllo di gestione, avvicinamento tra funzione medica e funzione manageriale, apertura a sistemi di rendicontazione standardizzati, solo per citare alcuni esempi.

Da allora molto è stato fatto in Italia e a Bologna in particolare per migliorare “l'infrastruttura sanitaria” e i suoi comportamenti, per inserire elementi di sostegno e di ricerca dell'eccellenza, per disegnare e sostenere un “ciclo di sviluppo virtuoso” della sanità e della professione medica. Oggi sembrano esserci le condizioni per affrontare o, al contrario, per rischiare di lasciare irrisolti ulteriori e consistenti problemi strutturali della sanità locale.

Nel corso degli ultimi quindici anni il contesto (socio-economico, demografico, di gestione delle risorse pubbliche, di trasformazione della composizione sociale a seguito dei consistenti flussi di immigrazione) nel quale si esplica l'azione medica ed in particolare di prevenzione nella tutela della salute pubblica è cambiato radicalmente:

- l'attesa di vita medica delle persone è cresciuta costantemente superando il limite degli 80 anni (era di 65 negli anni cinquanta) ed oggi a Bologna il 3,65% delle persone residenti ha almeno 85 anni;
- il numero di decessi sul totale dei residenti è diminuito del 9,6% ma è cambiata la natura delle cause prevalenti di decesso (per malattie dell'apparato respiratorio ad esempio il

numero di morti è cresciuto del 45% mentre diminuisce quella per tumori);

– a Bologna la spesa per farmaci cresce al ritmo di poco più dell'11% all'anno ma sono triplicati in cinque anni i costi per le vaccinazioni;

– il tasso di occupazione dei letti delle strutture ospedaliere cittadine diminuisce lentamente ogni anno mentre cresce il dato regionale;

– la popolazione immigrata residente a Bologna ha raggiunto nel 2008 il 7,8% della popolazione residente (era pari a circa l'1% cinque anni fa).

Tra le città italiane Bologna si colloca ai primi posti nelle graduatorie nazionali per ricchezza prodotta (al 2° posto), per risparmio accumulato (al 4° posto) e per consumi (al 6° posto) ma è anche uno dei principali poli produttivi dell'economia nazionale. Per questo ha l'orgoglio ma anche la responsabilità di essere esempio e traino della modernizzazione e dello sviluppo della società italiana.

Sviluppo che passa in primo luogo per la sanità, per la capacità di tutela, di prevenzione, di cura, di ricerca nelle strutture e nelle professioni sanitarie.

Capacità che sembra indebolirsi via via, costantemente, quasi ogni giorno dovendosi registrare come alla posizione di eccellenza, da sempre riconosciuta alla città, oggi vada progressivamente sostituendosi una posizione più di rendita che di creazione di nuovo valore, più di adattamento che non di sviluppo.

Tutto questo rappresenta un rischio grave:

– di allontanamento tra professione medica e sistema sanitario;

– di deresponsabilizzazione del mondo della medicina di fronte alle responsabilità pubbliche;

– di frattura tra istituzioni di governo della città e sanità;

– di arretramento dalle posizioni di eccellenza con un conseguente indebolimento della capacità di prevenzione e di tutela degli interessi collettivi (di salute, di qualità della vita, di cura) ma anche economici e sociali (laddove aumenta l'emigrazione verso altre città in Italia e all'estero per motivi sanitari).

Occorre allora avviare e approfondire un dibattito nella città e per la città sugli assetti, sulle prospettive e sulle criticità della professione medica e sulla sanità a Bologna per individuare linee di azione e di correzione.

Di qui la decisione del Consiglio Direttivo dell'Ordine di invitare l'ing. Giorgio De Rita ad esporci con maggiore dovizia di particolari i punti di criticità individuati dalle indagini e studi effettuati.

Questa prima riunione, di cui si è fatto cenno agli organi di stampa, ha lo scopo di analizzare insieme se gli elementi di apparente criticità siano fondatamente reali o se invece così non sia.

L'invito è strettamente personale e si chiede cortesemente alle SSSL un cenno di conferma partecipativa.

Distinti saluti

Il Presidente - Dott. Giancarlo Pizza

Conferenza dell'ing. Giorgio De Rita: 11 febbraio 2009

Spunti per una riflessione approfondita sulla sanità nella provincia di Bologna

.....

Giancarlo Pizza: buongiorno e grazie per essere intervenuti. Abbiamo proposto una giornata di riflessione sulla sanità bolognese chiedendo all'ingegnere De Rita di tornare a raccontarci i suoi studi, questo viene fatto eminentemente per l'intero Consiglio dell'Ordine che è qui presente tutto, per la commissione Albo degli Odontoiatri e le Commissioni ordinistiche perché noi per primi dobbiamo avere chiara contezza di qual è la situazione sanitaria della provincia. Sono con noi il dott. Stefano Falcinelli, presidente dell'Ordine dei Medici di Ravenna e qui al mio fianco il dott. Giuseppe Miserotti presidente dell'Ordine di Piacenza e Vice-Presidente della Federazione degli Ordine dell'Emilia-Romagna che ringrazio per l'adesione. Abbiamo invitato i decisori politici, economici e culturali della città perché la sanità a Bologna è sempre stata un faro, un elemento di grande rilevanza e noi non possiamo accettare che questa rilevanza vada verso la stagnazione. Per tale ragione l'invito è stato esteso anche i candidati alle cariche di Sindaco e di Rettore. Ringrazio i Direttori Generali: Baldi, Cavina, Ripa di Meana, Tubertini, i candidati sindaci dott. Cazzola e l'ingegner Corticelli, il prof. Stefoni, Preside della Facoltà di Medicina, il prof. Manzoli, direttore scientifico degli Istituti Ortopedici Rizzoli, e i candidati al rettorato i proff. Giorgio Cantelli Forti e Ivano Dionigi. Ora non vado oltre, cedo la parola all'ing. De Rita che ci illustrerà i risultati delle ricerche in NOMISMA. I presenti tutti, che ringrazio di essere intervenuti così numerosi, avranno la possibilità, al termine dell'esposizione dell'ing. De Rita, di porre domande e fare interventi. La registrazione degli interventi sarà inviata agli intervenuti per avere la conferma dell'esatta interpretazione del loro pensiero. Quella di oggi sarà una riflessione che deve essere pubblica perché interessa soprattutto i nostri cittadini. Al termine ci sarà un piccolo rinfresco ordinato alla mensa del Sant'Orsola Malpighi perché questo produrrà piccoli incentivi economici che poi saranno utilizzati per attivare progetti di ricerca all'interno del Sant'Orsola per i giovani medici. Giorgio, prego.

Giorgio De Rita: l'Ordine dei Medici di Bologna mi ha chiesto di presentare alcuni spunti di riflessione sull'attuale assetto della professione medica e della medicina a Bologna e sulle prospettive per i prossimi anni. Una riflessione obbligatoriamente complessa, che parte da lontano per leggere le trasformazioni del sistema sanitario degli ultimi anni e per esplorare quelle future.

Per questo motivo ho scelto di non presentare un ragionamento organico e, per quanto possibile, compiuto ma piuttosto di mettere in sequenza alcuni aspetti che ritengo strutturali nella trasformazione della offerta e della domanda di servizi sanitari su scala nazionale come su scala locale, e di utilizzarli come provocazione, spero intelligente, per ulteriori approfondimenti e/o confronti anche, se non soprattutto, per chi ha la responsabilità di pretendere o governare le politiche e gli strumenti della nostra tutela e della prevenzione della nostra salute.

Prima di avviare questa riflessione ad alta voce alcune premesse credo siano utili.

In primo luogo devo sottolineare come una analisi sul ciclo lungo sia inevitabilmente esposta a critiche sul metodo e sui risultati.

L'esperienza insegna, a noi ricercatori economici, che la lettura dei cicli lunghi è una lettura sempre difficile, pericolosa poiché occorre avere, da un lato, prudenza nel leggere le trasformazioni, dall'altro, intuito per capire quali sono le caratterizzazioni delle direzioni di sviluppo future.

Le lunghe derive, ossia le lente trasformazioni della società e dei sistemi economici sono infatti soggette a scossoni improvvisi, a cambi di direzione inattesi, a eventi non prevedibili che cambiano profondamente le direzioni immaginate o registrate. Ciò nonostante l'analisi sul medio periodo è utile come strumento di interpretazione e, nei limiti, di disegno delle prospettive.

In secondo luogo credo giusto sottolineare come le osservazioni critiche sullo stato della sanità in regione o a Bologna non debbano essere automaticamente tradotte in uno schema negativo sul più o meno recente passato ma piuttosto vadano inserite in uno schema positivo di provocazione su quanto, e credo sia molto, resta da fare per garantire continuità alla condizione di eccellenza della nostra sanità pubblica e privata.

In terzo luogo vorrei dire che la mia riflessione non deriva da un puntuale lavoro di ricerca compiuto da Nomisma ma è, come ho detto all'inizio, una ben più semplice testimonianza di chi per mestiere guarda a fenomeni sociali ed economici.

Gli spunti di riflessione che vorrei offrire alla vostra attenzione sono i seguenti e, lo ripeto, mi perdonerete se procedo un po' in ordine sparso.

1. Nel 1992, più di 15 anni fa, è stata avviata una straordinaria riforma della sanità pubblica, che ha introdotto i principi dell'azienda sanitaria ed ospedaliera, del controllo di gestione, della costruzione di parametri omogenei di diagnosi e di cura.

Tale riforma ha rappresentato un tentativo di modernizzazione orientato prevalentemente al controllo della spesa pubblica nel settore sanitario. Certamente la riforma ha prodotto effetti strutturali importanti; tra questi l'avvio di un percorso di maggior attenzione al rapporto fra costi e benefici, anche se si fatica a declinare un principio di valutazione costi-benefici specifico per la sanità. Sono rimasti aperti numerosi quesiti: quanto è giusto spendere e con quale modalità, quale è il ciclo di vita delle apparecchiature più sofisticate e costose, quali sono le linee di ricerca che vanno sostenute... La prima osservazione è che questo percorso di controllo dei costi ha esaurito la sua forza propulsiva, mancando in parte l'obiettivo di fondo.

Di fatto, continua ad esserci una redistribuzione delle risorse sulla base della spesa e non una razionalizzazione della spesa stessa. Il percorso immaginato nel 1992 non è stato ancora completamente realizzato. I costi per la sanità negli ultimi 5 anni sono infatti cresciuti di circa il 25%, mentre i prezzi al consumo sono cresciuti del 14%, segnando un differenziale pari a circa il 10%. La spesa sanitaria continua quindi a crescere, con grande preoccupazione da parte di tutti.

A mio giudizio, tuttavia, occorre analizzare più a fondo le dimensioni e le ragioni della spesa sanitaria.

Nel 2000 in Emilia Romagna, ma il dato nazionale non è sostanzialmente diverso, abbiamo speso complessivamente per la sanità circa il 6,7% del PIL. Lo scorso anno siamo arrivati al 7,5%. Quindi effettivamente c'è stata una crescita sul PIL di quasi un punto per-

centuale. In regione per la sanità pubblica si spendono circa 1.600 euro pro-capite. Difficile valutare se sia una somma eccessiva o ancora insufficiente. Analizzando le voci di spesa scopriamo che nella nostra regione la spesa per il personale medico e tecnico-infermieristico (solitamente imputata di essere causa principale dell'incremento continuo dei costi della sanità) è aumentata poco più del 20% ciò significa che le spese per il personale sono cresciute meno della spesa complessiva. Le spese per prestazioni esterne sono invece cresciute poco meno del 13%, ciò significa che la sanità pubblica è riuscita ad internalizzare in misura significativa una serie di funzioni che prima delegava all'esterno. C'è quindi un primo elemento: è vero che la sanità costa tanto, ma non così tanto come sembrerebbe. Inoltre la sanità, nella nostra regione e in città, prosegue il proprio processo di rinnovamento e di potenziamento di alcune funzioni fondamentali.

2. Al tempo stesso è cambiato il contesto nel quale la sanità opera: dagli anni '50 ad oggi l'aspettativa di vita in Italia è cresciuta di un mese ogni quattro. In Emilia Romagna nel 2000 una donna di 65 anni aveva una aspettativa di vita di circa 21 anni, oggi di 22 anni e qualcosa. Negli ultimi 15 anni la mortalità per malattie della prima infanzia è calata di quasi l'80%. La mortalità per malattie cardiache e ipertensive è diminuita del circa 68%, la mortalità per arteriosclerosi del 65%. Ciò naturalmente ha un riflesso sul sistema sanitario. Ogni anno, ogni giorno, la domanda di cure, di farmaci, di pareri medici cresce sempre di più e la sanità pubblica fatica a rispondere ad una trasformazione sociale così forte.

Nel 2007 secondo l'Istat il 48% delle persone residenti nella regione Emilia Romagna si dichiara soddisfatta delle prestazioni mediche ricevute. Un dato per certi versi positivo, cui fa da contraltare però una larga quota di cittadini, più della metà, che si ritiene insoddisfatta.

A fronte di una leggera espansione delle risorse abbiamo attese ed esigenze sanitarie crescenti e in continuo cambiamento.

I dati ci indicano una dinamica strutturale di allargamento della dimensione e della qualità della domanda impressionante. Spero di aver mostrato con chiarezza come il quadro dei bisogni di tutela e di cura della salute siano, in una deriva di lungo periodo, in progressiva espansione e come un sistema sanitario di eccellenza quale è quello bolognese non può non interrogarsi fino in fondo su quale sia l'impatto di questa espansione sulle modalità, sui costi, sui tempi, sull'assetto organizzativo dell'offerta.

3. Il terzo ambito di ragionamento è il ciclo di sviluppo dell'industria farmaceutica italiana. A partire dal dopoguerra fino a tutti gli anni 80, l'industria farmaceutica era un'industria per l'élite, erano poche le persone che andavano a comprare i farmaci, che avevano bisogno di cure. Oggi invece il sistema si è completamente trasformato: l'industria farmaceutica è una industria di massa. Non soltanto cambia l'assetto della sanità, ma cambia anche la strategia, la presenza, lo spessore dell'industria farmaceutica nel nostro Paese. È utile aggiungere qualche dato: sempre secondo l'Istat in Emilia Romagna il 24% dei ragazzi con meno di 14 anni e l'83% di persone con più di 75 anni ha dichiarato di avere assunto un farmaco nei 2 giorni precedenti l'intervista. Numeri elevatissimi. La spesa farmaceutica, tuttavia, è sotto controllo: negli ultimi 7 anni è cresciuta nella regione Emilia Romagna di circa il 7,2%.

L'Italia è il quinto paese al mondo per fatturato delle imprese farmaceutiche; valiamo circa il 4,3% del mercato mondiale. Il nostro Paese e anche la nostra Regione sono luoghi di eccellenza per il farmaco, per la ricerca, per la produzione e la commercializzazione; tuttavia oggi lentamente rischiamo di diventare una periferia del sistema. Nel confronto internazionale il fatturato totale del settore farmaceutico in Italia è cresciuto nel periodo 2000-2006 di circa il 5,4% all'anno (contro una crescita mondiale del 10,9%) segno di un comparto in più lenta espansione ma che, al tempo stesso, ha visto moltiplicare per 10, dai primi anni novanta, il valore delle esportazioni di medicinali.

Le trasformazioni, lette su scala globale, dell'industria farmaceutica italiana (o, comunque, con base di ricerca e sviluppo e di produzione in Italia) sono uno dei pilastri su cui analizzare la sanità; basti ad esempio il considerare che il 72% degli studi clinici è promosso dalle imprese e il 28% da istituzioni no-profit.

Inoltre c'è una contrazione della capacità di elaborare farmaci innovativi. L'industria farmaceutica ad esempio, al netto dell'inflazione, investe oggi il doppio in ricerca e sviluppo per ricavarne i due quinti di medicine rispetto a dieci anni fa. Nei prossimi 5 anni scadranno circa il 40% dei brevetti detenuti dalle grandi imprese. Le imprese farmaceutiche cercheranno in qualche misura di rinnovarsi, intervenendo su dimensioni e localizzazione dei mercati di riferimento. Un ulteriore elemento di fragilità e di sfida per chi opera nella sanità.

Il sistema sanitario si trova quindi davanti ad un tavolo da gioco che è cambiato completamente, dovendo affrontare contesti e condizioni che sono completamente diversi rispetto a qualche anno fa.

Tre prime riflessioni che mi sembrano significative dal punto di vista dei medici. La prima è che oggi si deve fare uno sforzo per personalizzare la cura, cioè non è più sufficiente l'applicazione di un processo standardizzato, ma bisogna adattare le cure ai singoli individui. Il secondo punto è quello di concentrare le risorse. Certamente una certa dispersione delle risorse è anche necessaria: occorre lanciare tanti semi, anche se non tutti danno frutto. Oggi, però, occorre rallentare, dal momento che non sembra essere più possibile concedersi i lussi del passato. Il terzo punto è quello della condivisione del rischio. I medici sembrano quasi spaventati rispetto ad alcune incognite connesse alla propria professione, sui cui anche le Istituzioni si dimostrano timorose: è necessaria una più forte presenza della società e una maggiore compartecipazione alle responsabilità.

4. Un quarto ambito di riflessione è relativo alla città di Bologna.

Bologna dal punto di vista sanitario, ma non solo, si è caratterizzata negli ultimi 20 anni per una continua ricerca di posizioni di eccellenza nel panorama nazionale e internazionale; tuttavia per mantenere tali posizioni non può pensare di vivere di rendita. Quello che dalla lettura di alcuni dati sembra invece emergere è una lenta perdita di orgoglio, e di vigore. Accanto ad alcuni dati economici positivi pubblicati da *Il Sole 24 Ore* – è la seconda città in Italia per capacità di produzione del valore aggiunto, la quarta per capacità di accumulare risparmio e la sesta per consumi – vediamo però che Bologna è al 72° per numero di laureati ogni mille residenti.

Bologna, inoltre, è la prima città per persone occupate e la sesta per persone in cerca di lavoro. È anche al 62° posto per capacità di contrastare la dispersione scolastica o al 50° per velocità della giustizia. Una città di eccellenza in cui tuttavia vediamo un rischio, un

rischio forte, quello di sedersi sulla sedia e sperare di vivere di rendita. Ciò è vero per tante cose della città, ma è vero in modo particolare per la professione medica. Quello che possiamo segnalare è una progressiva perdita di orgoglio, una progressiva perdita di vigore che la posizione di eccellenza, invece, chiede come dovere fondante: se sei il primo non ti puoi sottrarre a delle responsabilità da primo, se punti all'eccellenza o se sei convinto di essere eccellenza non ti puoi sottrarre all'orgoglio, credo che sia la parola più adatta, di essere il primo, con tutto ciò che questo comporta.

5. La società italiana in generale, e la società bolognese in particolare, sono poi società moderne e come tali sono società affollate, piene di bisogni, di problemi e probabilmente con poche risorse per poterli affrontare. La grande presenza di immigrati in Città, di tanti studenti che vengono da fuori, di tante persone non residenti aumenta e diversifica le richieste sanitarie a cui occorre trovare risposta. È quindi doveroso domandarsi se non vi sia una qualche difficoltà strutturale rispetto alla domanda sanitaria.

La domanda è: ma il problema esiste o non esiste? È vero o non è vero che c'è una difficoltà strutturale nella nostra città rispetto alla domanda sanitaria? Io credo che esista, credo che ci sia una pigrizia di fondo che spinge a pensare di poter vivere di rendita perché in fondo è per storia la migliore città per la sanità anche per le cure più sofisticate.

Capisco che non sia facile accettare il senso critico di questa riflessione e allora forse è bene cercare di dirlo con altre parole. Io non penso che Bologna sia, soprattutto sul fronte sanitario, una città che rischia di essere posta ai margini della competizione internazionale. Quel che voglio dire è che, se sei primo in classifica hai inevitabilmente una doppia responsabilità: da un lato di dimostrare su tutti i fronti l'orgoglio di essere primo e, dall'altro, di non credere mai che la posizione raggiunta possa farti vivere, anche per un breve periodo, di rendita.

Le contraddizioni che prima ho richiamato servono a questo, a dire che molto ancora deve essere fatto, per conoscere, per capire, per misurare ma anche per guardare più avanti.

6. C'è poi un rischio ulteriore: l'allontanamento tra la coscienza collettiva della Città e la condizione della sanità bolognese, ed è forse su questo che bisogna ricominciare a lavorare.

Su questo tema i numeri ci aiutano meno a capire la dimensione e la qualità del fenomeno. La sanità, forzando la mano potremmo dire la cultura medica, permea la città di Bologna. Ne rappresenta una caratteristica, insieme a molte altre naturalmente, distintiva e diffusa in tutti i diversi strati sociali. Ed è, lo ripeto, una sensazione di eccellenza, di orgoglio dell'eccellenza.

Oggi tuttavia, vediamo i primi segnali di una preoccupante divaricazione tra coscienza collettiva (che sempre più spesso mette in discussione questa capacità di eccellenza) e percezione interna al sistema sanitario, specie quello pubblico ed ospedaliero. E questo allontanamento può rappresentare una frattura pericolosa se, come ho detto, prendiamo atto delle molte trasformazioni strutturali a cui la sanità è chiamata a dare risposta.

A questo proposito mi sembra importante sottolineare alcuni dati.

Negli ultimi 15 anni i decessi nella provincia di Bologna sono diminuiti di circa il 9,6% sul numero totale dei residenti; i decessi per cause di tumore – che rappresentano il 31 %

della cause di morte nella Provincia – sono diminuiti dell'8%, quelli per malattie del sistema cardiocircolatorio sono diminuiti del 23%, mentre quelli per malattie dell'apparato respiratorio (terza causa di morte nella Provincia) sono aumentate del 45%. Segnali di trasformazioni strutturali, cui corrisponde però una differente capacità di risposta.

I decessi di persone non residenti negli ospedali di Bologna rappresentano circa il 9% del totale e negli ultimi 5 anni sono diminuiti del 23%. Questo significa che la capacità di attrazione delle strutture sanitarie bolognesi rispetto al contesto regionale, nazionale e internazionale sta progressivamente modificandosi. Sono meno le persone che vengono a curarsi da noi e si sta riducendo la cosiddetta emigrazione ospedaliera che oramai vale poco più del 3% negli ospedali bolognesi.

Confrontando le rilevazioni statistiche del Sant'Orsola-Malpighi, punto di riferimento per dimensioni e cultura della sanità bolognese, con quelle del complesso della Regione osserviamo come il tasso di occupazione nella provincia di Bologna sia passato dall'81,8% all'80,4%, cioè si sta riducendo il numero di capacità di occupazione di posti letto, mentre in Regione passa dall'80,1% all'83%. Significa che le altre strutture sanitarie esterne alla provincia di Bologna hanno aumentato la propria capacità di attrazione. Altro dato da considerare è l'indice di turn-over: Nelle strutture del Sant'Orsola-Malpighi passa dall'1,81 al 2,05 (sostanzialmente significa che ogni 10 dimessi ci sono 20 posti liberi) mentre in Regione diminuisce dall'1,94 all'1,62. Ovviamente questo è un po' il contraltare rispetto al tasso di occupazione, cioè è più facile trovare un posto libero nella città di Bologna rispetto a fuori.

Sono dati questi che devono essere letti ed interpretati con grande attenzione. Non esistono infatti correlazioni automatiche tra tassi di occupazione o di turn-over e qualità delle strutture ospedaliere. Né tantomeno può essere attribuito un valore ai flussi di pazienti indipendentemente dalla complessità della malattia e della cura. Quello che mi interessa sottolineare è che esiste un problema alla base ed è quello della attrattività degli ospedali bolognesi e, di conseguenza, della programmazione del loro sviluppo. E che tale binomio: modello di attrazione – modello di sviluppo è il pilastro fondante sul quale costruire nel tempo il rapporto tra città e sistema sanitario.

Interrogiamoci di più sul futuro, sugli scenari prossimi e di medio periodo e, anche, sugli strumenti per comunicare meglio.

Dopo alcuni spunti di riflessione le conclusioni: la prima è che la sanità è riuscita a cambiare radicalmente la società italiana, la società della nostra città e della nostra regione (si pensi ancora una volta all'aspettativa di vita); tuttavia la città (governo, famiglie, istituzioni, società civile) sembra avere ancora poca coscienza dell'importanza che la sanità riveste. I bisogni e le richieste di cura aumentano continuamente ma la coscienza collettiva non deve limitare le sue riflessioni alle necessità contingenti.

La seconda considerazione è che, sebbene le analisi di lungo periodo richiedano prudenza, c'è una lenta deriva di allontanamento tra medici, famiglie, strutture sanitarie pubbliche e istituzioni. Questo allontanamento rischia di limitare non solo lo sviluppo della sanità pubblica bolognese, ma le possibilità di sviluppo della città nel suo complesso. L'allontanamento della medicina dalle decisioni e responsabilità pubbliche rischia, inoltre, di deresponsabilizzare progressivamente i medici rispetto a quei fenomeni sociali che non toccano direttamente il loro ruolo.

Un ulteriore punto da esaminare è la pluralità che caratterizza Bologna. La capacità di accogliere immigrati è una ricchezza di lingua, di scambi, di culture. Questa pluralità pone ovviamente alla medicina nuove sfide, dovendo curare persone con patologie, culture e alimentazioni diverse. Il mondo delle istituzioni e della medicina sembrano però leggere questa pluralità come un rischio, rispetto al quale occorre chiudersi e proteggersi. Da ultimo il ruolo delle istituzioni, ruolo molto importante nella tutela della salute. Le istituzioni cittadine sono chiamate a promuovere un corretto comportamento sanitario e innovare continuamente l'offerta sanitaria pubblica, contrastando i rischi di un progressivo impoverimento del sistema.

In conclusione una riflessione quasi personale. Ritengo che il tema dell'etica, della responsabilità etica del medico e della società nel suo complesso sia di attualità e mi sembra opportuno richiamare i concetti di 'etica dello sviluppo' ed 'etica della responsabilità'. Vi è una dimensione etica sociale in cui ciascun individuo è chiamato a progredire, anche contro quello che appare essere un comportamento socialmente accettabile. Il Medico mi sembra viva più di altri professionisti questa responsabilità al progresso e allo sviluppo e credo che il mondo della Medicina debba farsi portatore di questo messaggio di una responsabilità allo sviluppo nella società.

Alcuni mesi fa in un Convegno organizzato dall'Ordine, in questa stessa sala, è stata citata una frase del Papa Paolo VI° nella *Populorum Progressio* del '67, che dice "ogni uomo è responsabile del proprio successo e del proprio fallimento" e questa è un po' la base dell'etica dello sviluppo e quindi credo che ogni città, ogni struttura, ogni corpo sociale, sia responsabile del proprio successo e del proprio fallimento. Paolo VI° però vi aggiunge la motivazione "perché ogni uomo è chiamato ad uno sviluppo" e quindi credo che in questa dimensione etica sociale che è una dimensione etica personale in cui ogni uomo è chiamato ad andare un passo avanti, è stato detto in quella occasione, anche contro la volontà di Dio e quindi anche contro quello che appare essere un comportamento socialmente accettabile c'è un passo avanti da compiere, c'è una provocazione da compiere e credo che il Medico la viva più di un altro professionista tutti i giorni questa attenzione e questa responsabilità del passo avanti.

Tav. 1 - Speranza di vita in Emilia-Romagna della popolazione maschile

	1976	1986	1996	2006
alla nascita	70,1	73,2	75,5	79,1
a 40 anni	33,5	35,5	37,8	40,5
a 60 anni	16,8	18,3	20,1	22,2

Fonte: Elaborazioni Nomisma su dati ISTAT.

Tav. 2 - Speranza di vita in Emilia-Romagna della popolazione femminile

	1976	1986	1996	2006
alla nascita	77,1	79,9	82,0	84,4
a 40 anni	39,4	41,4	43,4	45,1
a 60 anni	21,3	23,0	24,9	26,4

Fonte: Elaborazioni Nomisma su dati ISTAT.

Tav. 3 - La mortalità infantile nella popolazione residente a Bologna

Anni	Mortalità infantile (1)
1991	5,6
1992	4,7
1993	8,8
1994	7,8
1995	3,0
1996	3,2
1997	3,9
1998	4,4
1999	2,6
2000	3,5
2001	1,8
2002	4,5
2003	3,1
2004	2,0
2005	2,0
2006	1,7

Fonte: Ufficio di statistica del Comune di Bologna. (1) morti nel 1° anno di vita per 1.000 nati vivi.

Tav. 4 - La spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Emilia-Romagna	4,61	4,81	5,07	5,13	5,42	5,48
Nord - Ovest	4,65	4,84	4,99	4,9	5,23	5,43
Italia	5,64	5,95	6,07	6,1	6,43	6,69

Fonte: Elaborazioni Nomisma su dati ISTAT.

Tav. 5 - La spesa sanitaria pubblica pro-capite per funzione economica (in euro 2005)

	Servizi sanitari forniti direttamente	Servizi sanitari in regime di convenienza	Altre spese (1)	TOTALE
Emilia-Romagna	1.003	520	105	1.628
Nord - Ovest	849	647	90	1.586
Italia	890	639	95	1.624

Fonte: Elaborazioni Nomisma su dati ISTAT.

(1) Servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, altro.

Tav. 6 - Spesa farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale per i farmaci erogati dalle farmacie convenzionate nel comune di Bologna (in milioni di euro)

Anni	Spesa lorda	Spesa netta (1)
1998	55,5	46,6
1999	63,9	54,4
2000	72,3	62,1
2001	87,1	82,9
2002	93,0	88,2
2003	90,7	85,7
2004	96,8	90,1
2005	91,9	84,7
2006	90,6	85,8
2007	86,3	81,1

Fonte: Regione Emilia-Romagna.

(1) Al netto del ticket sostenuto dal cittadino e, a partire dall'anno 1992, dello sconto che il Servizio

Sanitario Nazionale trattiene dal rimborso alle farmacie.

Tav. 7 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni per classe di età (anno 2006) (tassi per 100 persone)

	Classi di età								TOTALE
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e oltre	
Emilia-Romagna	24,5	20,8	26,1	34,5	42,6	58,9	75,8	82,7	45,3
Nord - Ovest	19,7	23,2	23,4	26,7	38,0	54,9	71,7	83,8	40,7
Italia	18,3	18,5	21,4	28,0	37,7	55,0	72,2	84,6	39,1

Fonte: Elaborazioni Nomisma su dati ISTAT.

Tav. 8 - Persone che hanno effettuato la vaccinazione anti-influenzale (2006) in alcune regioni del Nord (tassi per 100 persone)

	in totale	con 65 anni o oltre
Emilia-Romagna	24,8	75,1
Lombardia	16,2	64,0
Piemonte	17,2	58,8
Veneto	19,4	73,2
Italia	19,4	68,3

Fonte: Elaborazioni Nomisma su dati ISTAT.

Tav. 9 - Morti residenti per alcuni grandi gruppi di cause nel Comune di Bologna

Anni	Tumori	Sistema circolatorio	Apparato respiratorio	Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	Altre cause	Totali
1991	1.669	2301	284	271	846	5.371
1992	1.708	2180	315	246	825	5.274
1993	145	2066	289	221	2442	5.163
1994	1.607	2073	271	209	909	5.069
1995	1.616	2135	293	233	910	5.187
1996	1.633	2072	309	217	932	5.163
1997	1.662	1994	338	233	972	5.199
1998	1.611	2101	407	249	953	5.321
1999	1.572	2008	420	199	864	5.063
2000	1.530	1993	369	194	957	5.043
2001	1.575	1879	328	193	865	4.840
2002	1.528	1958	372	207	853	4.918
2003	1.664	1938	430	210	931	5.173
2004	1.543	1749	376	183	830	4.681
2005	1.558	1788	411	210	908	4.875
2006	1.527	1761	412	207	948	4.855

Fonte: Comune di Bologna

Tav. 10 -Tassi di persone che hanno dichiarato di stare “male o molto male” (2005)

	con 14 anni e oltre	con 65 anni e oltre
Emilia-Romagna	6,3	17,2
Nord - Ovest	Tav.	16,3
Italia	6,7	20,3

Fonte: Elaborazioni Nomisma su dati ISTAT.

Tav. 11 - Le persone molto soddisfatte dei servizi ospedalieri (anno 2006, per 100 ricoverati)

	Assistenza medica	Assistenza infermieristica	Servizi Igienici
Emilia-Romagna	48,5	54,2	48,2
Nord - Ovest	52,8	49,1	42,3
Italia	39,1	36,1	30,4

Fonte: Elaborazioni Nomisma su dati ISTAT.

Tav. 12 - Posti letto e indicatori di attività negli Istituti di cura pubblici di Bologna, della Provincia e della Regione per regime di ricovero ordinario (anno 2006)

	Numero medio	Indice occupazione	Indice rotazione
Comune di Bologna			
Presidio unico Bologna	1.697	81,94	38,86
Policlinico S. Orsola			
Ospedale M. Malpighi	1.571	78,72	37,06
Istituto Ortopedico Rizzoli	301	77,16	54,65
Altri comuni della provincia			
Azienda Usl Imola Castel San Pietro Terme	368	88,91	38,37
Azienda Usl Imola Montecatone	150	99,64	4,15
Regione Emilia-Romagna	14.346	82,44	38,25

Fonte: Comune di Bologna.

Giancarlo Pizza: grazie Giorgio per questa impostazione della visione dei problemi molto diversa da quella cui siamo abituati. Noi medici finiamo per vedere solo ciò che abbiamo immediatamente davanti, quindi l'oggi, ieri, ma l'altro ieri, l'anno scorso ci sfuggono e dunque non riusciamo a vedere quelle modificazioni che tu hai potuto osservare con questi studi. Noi siamo attratti da altri problemi, però i numeri se valgono sono lì e quindi se vogliamo affrontarli in senso positivistico non dobbiamo ignorarli. Ti ringrazio tantissimo per questa presentazione: ero già preoccupato ma mi auguro che gli interlocutori presenti possano fugare o mitigare o proporre soluzioni perché vivere in una città che dà l'impressione di essere in una fase di appagamento e di stagnazione rappresenta una consistente preoccupazione.

Giorgio Cantelli Forti: Prima di tutto desidero complimentarmi con l'ing. Giorgio De Rita per gli stimoli alla riflessione che la sua relazione, con i dati in essa contenuti, fornisce a tutti noi. Mi permetto di fare un'osservazione per arrivare ad alcuni quesiti. Nel 1983 J. Drews, Chairman della HOFFMAN – LA ROCHE, una delle maggiori case farmaceutiche mondiali, sentenziò che all'inizio del 2000 sarebbero sopravvissute a livello mondiale solo 5 o 8 grandi multinazionali del farmaco. La concentrazione delle aziende si è verificata, come Lei stesso ha affermato, per costi legati a questa tipologia di impresa che è assolutamente atipica. Infatti, l'industria farmaceutica può accumulare rapidamente grandi risorse, ma anche avere perdite altrettanto rapide, dati gli enormi costi necessari per lo sviluppo di un potenziale farmaco (oggi portare sul mercato una nuova molecola richiede circa 1,5 miliardi di euro). D'altra parte, la dice lunga il fatto che nessuno Stato investe con proprie aziende nella ricerca e nello sviluppo del farmaco. Purtroppo, dobbiamo registrare che nel territorio bolognese la ricerca nell'ambito del farmaco viene attualmente commissionata per trials clinici, cioè per studi di molecole che sono state sviluppate all'estero. Dobbiamo porci seriamente un quesito: abbiamo una Università in cui moltissimi ricercatori svolgono ricerche di base con idee e proposte per nuovi farmaci, ad esempio dal punto di vista chimico farmaceutico e farmacologico, ed inoltre si impegnano in studi internazionali per lo sviluppo di un farmaco in fase pre-clinica e in fase clinica: perché l'Ateneo non si è mai posto seriamente il problema di realizzare una struttura dedicata ed abbinata ad un incubatore di imprese? Perché le realtà economiche bolognesi e gli Enti locali non hanno promosso un tale sviluppo, partecipando alla realizzazione di progetti o facilitando la nascita di gruppi di piccole imprese (spin-off, CRO's) che la globalizzazione ha imposto? Anche se negli ultimi decenni la politica delle grandi imprese farmaceutiche nazionali si è rivolta più all'acquisizione di prodotti dal mercato che alla ricerca e allo sviluppo di nuovi farmaci, sono nate moltissime piccole imprese di servizi per la ricerca e che operano a livello internazionale. Perché non ci poniamo oggi il problema cercando di portare anche Bologna nelle grandi piattaforme internazionali che la globalizzazione sta promuovendo?

Proprio ieri sono andato al MIUR per collaudare all'Università di Tor Vergata un incubatore di imprese, il C4T. Tor Vergata non ha le pesanti tradizioni e il background di Bologna. L'Università di Milano sta favorendo il mondo farmaceutico con la collaborazione del Comune di Milano che ha dato la disponibilità di una fidejussione per realizzare un Polo del farmaco perché numerosissime imprese sono presenti nel territorio.

Quest'ultimo fatto dimostra come l'economia della città deve essere in sinergia con l'eco-

nomia dell'Università e come l'Università può fare l'economia della città. Mi sembra che tutto questo sia mancato a Bologna.

Chiedo se è possibile tener conto di queste osservazioni nella sua relazione del prossimo anno e se posso fornirle dati internazionali che ritengo utili per allacciare i rapporti con il territorio. Grazie.

Giancarlo Pizza: prego dr. Alfredo Cazzola.

Alfredo Cazzola: grazie dell'invito, è un momento molto importante perché mi dà la possibilità di avere molta evidenza della complessa situazione della nostra Sanità. Grazie all'ing. De Rita anche degli spunti che mi ha offerto e non me ne vorrà l'assessore Paruolo se nella mia visione del governo della Città ritengo che per ogni Assessorato vi debbano essere profili professionali di alta competenza e molto preparati nello specifico argomento per il quale vengono chiamati ad esercitare le proprie funzioni. È evidente che non è una questione personale ma perché credo sarebbe doveroso nei confronti anche di un gioco di squadra importante per l'amministrazione della nostra città.

Ho preso in grande considerazione e attenzione il riferimento al fatto che Lei, ing. De Rita, parla di etica e di responsabilità e anche della responsabilità che ha il Sindaco nei confronti del cittadino nel promuovere nuovi servizi avanzati e sempre più d'interesse della nostra città. Io credo che l'amministrazione comunale possa fare molto e di più di quello che è stato fatto fino ad oggi e credo che in certe situazioni ci si sia anche nascosti rispetto alle risorse che possono essere messe in campo. Sebbene tutti sappiamo perfettamente quanto la sanità sia subordinata ai rapporti estremamente importanti con la Regione o anche con il Governo, però un'amministrazione Comunale deve avere anche capacità di trovare risorse e io penso che una visione più dinamica del proprio patrimonio e delle proprie disponibilità consentirebbe e consentirà alla nostra città di avere più azione attiva anche in questa direzione. Credo che lo spunto del prof. Cantelli Forti, sulla base di un'idea di trovare soluzioni per creare incubatori per andare incontro alla ricerca e per creare soluzioni più avanzate nei confronti dei cittadini, a mio avviso sia possibile perché il patrimonio della nostra città è consistente. Quando penso al patrimonio penso alle proprietà immobiliari, ai fondi, ma anche alle partecipazioni societarie, è un patrimonio cospicuo e a mio avviso mal gestito ed è qui che entra in scena una visione diversa del come si deve amministrare una città nel suo insieme. Sono convinto che sotto questo aspetto lunedì sera quando cominceremo a presentare alla nostra città ai cittadini di Bologna le linee guida del nostro programma elettorale avremo e riusciremo a dare risposte puntuali a questa linea di lavoro. Grazie.

Giancarlo Pizza: grazie dr. Cazzola. Ovviamente l'invito ai candidati Sindaci aveva proprio lo scopo che è stato ora sottolineato da Alfredo Cazzola, quello di essere promotori di una maggiore attenzione e di stimolare una maggiore presenza del Comune che, da quando sono state trasferite tutte le competenze alla Regione in campo sanitario, è praticamente scomparso e questo non è bello perché la Legge prevede che il Sindaco sia ancora il primo responsabile della salute del proprio cittadino.

Ha ora la parola il prof. Paolo Cacciari, già Direttore generale del Policlinico S.Orsola Malpighi per un lungo periodo di tempo è stato chiamato pesantemente in causa.

Paolo Cacciari: sono attento come tutti i presenti all'ipotesi che le preoccupanti tendenze che ci sono state esposte proseguano in senso negativo, ma ancor prima sono impegnato a cercare di leggere bene i dati che Lei stesso ha definito provocatori e in corso di perfezionamento piuttosto che conclusioni approfondite.

È vero che negli ultimi tempi l'immigrazione di pazienti verso la città di Bologna si è ridimensionata, anche se in misura molto lieve. Bisogna però considerare la situazione da cui ci si prendeva e ricordare che questo ridimensionamento era in realtà da auspicare ed anche da perseguire, a livello quantomeno regionale se non locale.

Intendo dire che l'eccessiva immigrazione verso il grande centro urbano era comunque un fenomeno da correggere, offrendo a parte dei pazienti che si rivolgono alle strutture di Bologna una maggiore possibilità di fruizione dei servizi in prossimità della propria residenza, perlomeno per le specialità che non hanno caratteristiche di inevitabile concentrazione anche a causa della ingente tecnologia che utilizzano.

Credo comunque che qualche indicatore bisognerebbe esaminarlo meglio perché, ad esempio, insieme al turnover ed all'indice di occupazione va sempre considerata la durata media di degenza per giungere al reale numero di ricoverati. Il numero di coloro che fruiscono di degenza presso le strutture bolognesi si modifica meno di quanto non sembri dagli indicatori presentati, perché qualche letto vuoto in più si riscontra anche a parità o ad aumento dei casi trattati se la durata media di degenza si riduce, il che è del resto auspicabile purché ovviamente non si impoverisca il

percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti e quindi si riesca ad incrementare l'efficienza senza che ne scapitino né l'efficacia clinica né l'appropriatezza.

Ciò per dire che questa parte va approfondita con attenzione più che con allarme.

Per Bologna mi preoccupa di più il dato della scarsa quantità e della bassa proporzione di scuole per l'infanzia rispetto al resto della Regione, o del modesto numero di laureati per 1000 abitanti, piuttosto che lo stato della sanità la quale, pur con tutti i possibili miglioramenti che vanno comunque perseguiti, mi sembra ancora rappresentare una delle migliori situazioni italiane.

Essendo io passato dalla attività di gestore di servizi sanitari a quella di docente nel campo della organizzazione degli stessi, mi rendo conto però che il sistema sanitario soffre ancora di una condizione di arretratezza rispetto alla sua capacità di essere "committente" di formazione, con qualche conseguente rischio di autoreferenzialità indotto nei responsabili dalla peraltro legittima convinzione di operare in una realtà complessivamente positiva.

Se è vero che il sistema sanitario, come oggi ci stiamo dicendo, deve sviluppare l'innovazione, allora bisogna che, oltre a mantenere e migliorare le proprie già notevoli capacità di formazione interna degli operatori, si metta di più in contatto con altri sistemi organizzativi oltre che con le istituzioni che hanno la formazione come propria missione distintiva.

Ad esse, che peraltro a loro volta ne abbisognano rischiando altrimenti di isterilirsi per mancato confronto con la realtà operativa, deve chiedere meglio e chiedere di più, ma per chiedere meglio e chiedere di più (essere cioè buoni committenti) bisogna avere approfondito la "autocritica" rispetto al proprio stato dell'arte, in modo da definire meglio quali siano i possibili spazi di sviluppo cui chiedere a sé ed agli altri di collaborare.

Giancarlo Pizza: grazie Paolo. Ha chiesto la parola l'ingegner Giuseppe Paruolo, Assessore alla Sanità del Comune di Bologna che viene chiamato in causa.

Giuseppe Paruolo: mi rendo conto che il mio intervento dopo la sua relazione, professore, possa correre il rischio di essere visto come una difesa d'ufficio. Però lei ha fatto un richiamo all'etica nella fine del suo intervento, ed io penso che la verità sia il fondamento su cui tentare di basare ogni altra riflessione, mi corre l'obbligo di dirLe con grande sincerità che diversi passi del ragionamento che Lei ci ha proposto non mi hanno per niente convinto. Naturalmente, dal punto di vista dei dati, non sono in grado in questo momento di fornire numeri alternativi, ma se Lei e l'Ordine foste interessati, credo che sarebbe opportuno prendere spunto dalla sua relazione per effettuare una riflessione e un approfondimento. Inizio subito dicendo che non penso che nella sanità bolognese vada sempre tutto bene. Mi rendo conto che ci sono dei problemi: semplicemente ho una percezione diversa dalla Sua su quali siano effettivamente i problemi emergenti. Tralascio la considerazione sul contesto di un sistema sanitario nazionale che per i finanziamenti dipende in larga misura dal governo nazionale, e con una percentuale di incidenza diversa rispetto a quella di molte altre nazioni europee. Credo che il mondo della sanità italiana sia in difficoltà a reggere alla necessità dell'innovazione tecnologica e dei miglioramenti possibili delle cure a causa di un quadro economico difficile.

Venendo al merito, francamente non so a cosa faccia riferimento la sua citazione del 90° posto sulle scuole d'infanzia. So per certo che non c'è nessun bambino in questa città che non abbia il posto alla scuola di infanzia, quindi vorrei capire esattamente a cosa fa riferimento e soprattutto non condivido le conclusioni che ne trae. Sono colpito dallo scollamento fra le istituzioni di cui Lei parla: io ritengo che la legge regionale 29 del 2004 sia la Legge in assoluto più avanzata in Italia sulla valorizzazione del ruolo delle istituzioni nel governo della sanità. Il servizio sanitario nazionale nasce nel 1978 con USL di derivazione comunale, nel 1992 la legge aziendalizza la sanità e ciò provoca un allontanamento dalla sanità dei Comuni in tutta Italia. È un fenomeno grave perché se è vero, come giusto, che non tocca ai politici nominare i primari, è assolutamente sbagliato che non siano le istituzioni a dettare le linee guida e definire quali sono le esigenze a cui occorre dare delle risposte. La legge Bindi del 1999 corregge in parte tutto questo, e la legge regionale 29 del 2004 dà un grande potere alle Conferenze Territoriali Socio-Sanitarie composte dai Sindaci e dai loro delegati. La CTSS di Bologna ha un Ufficio di Presidenza che si riunisce anche 2 o 3 volte al mese ed affronta i temi della sanità in stretta collaborazione con le direzioni delle aziende sanitarie e in raccordo con tutti gli enti coinvolti. Quindi se c'è una cosa che sento non vera per il nostro territorio è che ci sia stato uno scollamento fra le istituzioni. Veniamo ai problemi, e Le cito solo un altro esempio per non farla troppo lunga, rimandando, se Lei lo ritiene opportuno, a un momento successivo un ulteriore approfondimento. Parlo del tema della attrattività che lei ha citato. Per poter leggere il dato dell'occupazione dei letti bisognerebbe vedere anche la durata media dei ricoveri: è evidente che nel momento in cui si riduce la durata media dei ricoveri, sulla base di una precisa linea guida, questo crea una maggiore parcellizzazione. Il dato che Lei ha citato di passaggio in 15 anni dall'81 all'80% dell'occupazione di posti letto potrebbe essere semplicemente una fluttuazione marginale dovuta alla diminuzione del tempo di ricovero. Questo dimostra che bisogna approfondire l'analisi dei dati prima di trarre conclusioni.

Vedo in prima fila il candidato Sindaco Cazzola, che ha ricordato che io sono un informatico al governo della sanità (per la precisione sono un matematico), e mi lasci dire che sui numeri vorrei davvero che si operasse un approfondimento. La mia percezione sulla capacità di attrattività della sanità di Bologna è esattamente il contrario della sua: delle due c'è un problema di ospitalità a Bologna. Non sono cioè gli ospedali che fanno da freno rispetto alla capacità economica della città, ma è la città che non riesce sempre a garantire l'accoglienza e l'ospitalità alle tante famiglie che vorrebbero venire nei nostri ospedali. Il Direttore Generale del Sant'Orsola, e anche gli altri direttori generali che sono presenti, sanno quale grande pressione noi abbiamo da associazioni che vorrebbero disporre di luoghi di accoglienza per ospitare famiglie che spesso non possono permettersi di venire in albergo e starci per lungo tempo. Per questo noi siamo impegnati in uno sforzo per riuscire a fare sì che la città abbia livelli di accoglienza sufficienti a dare risposta alle tante esigenze. Per questo sentirmi dire che l'attrattività dei nostri ospedali in questi anni è calata mi fa saltare un po' sulla sedia, perché indica un problema che è proprio l'opposto di quello che io percepisco essere presente. Io mi sto impegnando per fare in modo che ci siano più possibilità di ospitare persone, perché penso che i nostri ospedali potrebbero fare ancora di più di quello che stanno facendo se la città riuscisse ad essere più accogliente. Lei ha poi citato rischi di scollamento anche nel rapporto importantissimo fra la classe medica e il paziente. È vero che questo è un tema che richiede una azione importante da fare insieme, su cui che stiamo ragionando. Bologna sconta un ritardo importante in tema di sanità territoriale, con poliambulatori poco adeguati e un ritardo di molti anni. L'inaugurazione del poliambulatorio di via Beroaldo non solo ha dato una prima risposta rispetto ad una esigenza importante che si sentiva da molti anni, ma indica anche linee guida molto chiare rispetto al rapporto fra medicina e territorio. Subito dopo l'inaugurazione si è registrato un picco di richieste di spostamento di pazienti da altri medici verso quelli del gruppo di medici di medicina generale che visita presso il poliambulatorio. È un segnale su cui forse si dovrà riflettere, anche con l'Ordine dei Medici e i sindacati di categoria, e che ci indica che in effetti investire in quella direzione può dare delle risposte.

In conclusione prendo davvero come un utile stimolo le sue sollecitazioni, però non posso non dirle che questo stimolo trova interlocutori attenti ma anche decisi a ricercare insieme la verità. Ed anche poco convinti della corretta individuazione dei problemi nella sua esposizione. Spero ci siano prossime occasioni di confronto da cui fare emergere un comune sentire che ci aiuti ad andare avanti.

Giancarlo Pizza: dò la parola al prof. Luigi Checchi cattedratico di odontostomatologia presso la nostra Università.

Luigi Checchi: un grazie per questi dati che anche se discutibili sono comunque dati che penso facciano riflettere ciascuno di noi. Io mi chiedevo comunque se nella domanda della sanità bolognese siano state fatte delle differenze fra la sanità medica, di cui noi tutti parliamo giorno dopo giorno, e quella odontoiatrica di cui veramente si parla molto poco e penso che sia altrettanto importante. Quindi Le chiedevo se nella sua analisi vi sia anche qualche dato da poterci mostrare o dare per indirizzarci o comunque per poter discutere. Grazie.

Giancarlo Pizza: ha chiesto la parola il dott. Giovanni Baldi ex Presidente dell'Ordine dei Medici di Reggio-Emilia e attuale Direttore Generale degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, quindi una persona che è a metà tra un Ordine e un'amministrazione.

Giovanni Baldi: solo tre considerazioni su tutti i dati che l'ing. De Rita ha presentato di cui magari su alcuni si potrebbe anche discutere perché ci può essere un po' di disaccordo.

Il primo è il rapporto con il sistema industriale farmaceutico ma direi più in generale il sistema industriale biomedico; qui è vero che c'è un declino ma il declino è di tutta Italia, il declino in alcune aree è un declino che parte 20/25 anni fa, di cui adesso paghiamo purtroppo lo scotto.

Ci sono esempi banali, che i tecnici conoscono perfettamente, in nessuna gara di risonanza magnetica o di acquisto TAC, c'è un'azienda italiana; abbiamo perso alcune scommesse 20 anni fa quando i ricercatori americani fisici, ingegneri più che medici hanno scoperto le nuove tecnologie e da allora non riusciamo più a recuperare. Questa è secondo me la grande sfida del futuro per "terreni forti" come Bologna. Perché nei "terreni forti" come Bologna l'industria farmaceutica ha fatto la stessa cosa che in parte ha fatto l'industria italiana: nel settore biomedico, ha deciso di fare il marketing delle industrie che si erano evolute in ricerca, ma l'evoluzione dell'industria farmaceutica in industria biomedica è stata un'evoluzione di ricerca prima e solo dopo di applicazione pratica e noi abbiamo perso il primo tassello e adesso facciamo fatica a recuperare.

Credo che da questo punto di vista ci siano delle opportunità anche in futuro, tipo la realizzazione di tecnopoli, cose che all'estero ho visto ad esempio in Israele nel deserto ma con una capacità di ricerca molto forte. L'IBM investe là e non investe a Bologna, non so se rendo l'idea, questa è una delle grandi sfide che non credo siano ancora perse del tutto. Sono perse in alcuni ambiti perché in radiologia ci metteremo 20 anni a recuperare il gap tecnologico, ma in altri ambiti sono possibili; bisogna fare in modo di salire su questi cavalli, se no poi alla fine Bologna perde su Milano, perde su Roma, e qui ci vuole un accordo che è più un accordo politico, ma anche un accordo con le industrie e con la parte di ricerca dell'Università e dei settori compreso il nostro piccolo Rizzoli. Ma è un problema generale del sistema Italia che da questo punto di vista noi tocchiamo con mano in un ambito molto forte, ripeto secondo me la parte di perdita di industria biomedica è un perdita forte per il paese non è solo per Bologna.

Il secondo aspetto riguarda il "risk management" che è un costo aggiuntivo, e nello stesso tempo un valore aggiunto, della gestione della parte sanitaria legato però in questo caso anche a un sistema, diciamo così, legale italiano che oggi mette in difficoltà i medici. Se non togliamo l'obbligatorietà dell'azione penale sugli errori medici o sui presunti errori medici rischiamo di trovarci fra qualche anno come in America dove un'assicurazione media di un medico americano è di 68.000 dollari all'anno, con tutti i costi indiretti che questo innesca. Il resto d'Europa ha già depenalizzato l'errore medico, può darsi che si debba cambiare un pò la Costituzione, ma è un passaggio necessario.

Il terzo aspetto è il polo di attrattività degli Ospedali: al Rizzoli noi siamo fortunati perché abbiamo ancora il 60% di attrattività extraregionale. Però il sistema generale tenderà a ridurre l'attrattività di base, cioè la gente non verrà più per farsi fare un intervento banale da Piacenza o dalla Toscana. Bisogna continuare ad alzare il livello tecnico-scientifico per riuscire a portare ad un alto livello l'attrattività su cose nuove e innovative dove la ricerca

rappresenta una delle scommesse più forti. Questo è quello che potrà mantenere Bologna nei prossimi 10 anni ad un livello molto alto perché nel resto del paese si alzerà il livello medio e inevitabilmente in generale si ridurrà la mobilità.

Quindi la scommessa è probabilmente molto su questi aspetti e su questo è chiaro che il sistema generale del Paese fa un pò fatica a fare quegli investimenti da un lato sulla ricerca e dall'altro sulla possibilità che questa ricerca si agganci al mondo industriale.

Augusto Cavina: sono grato al dott. Giancarlo Pizza per avere organizzato questa occasione di dibattito su un tema generale così importante. Farò solo alcune osservazioni puntuali perché l'argomento è talmente ampio che non basterebbe l'intera giornata per discuterne in maniera esaustiva.

Prima vorrei fare alcune osservazione sulle considerazioni che ha fatto l'ing. De Rita e gli elementi che ha utilizzato per valutare l'efficienza ospedaliera. Non c'è dubbio, come Lei ci insegna, che in nessun paese sviluppato è stato risolto il problema del controllo della spesa sanitaria come ogni governo desidererebbe. Però non è vero che in Italia non è cambiato niente. Il disavanzo nel bilancio della sanità della Regione Emilia Romagna negli anni '95-'97 rappresentava il 30% dell'intero disavanzo nazionale, oggi la Regione E.R. è fra le regioni con la spesa sanitaria in equilibrio con il finanziamento del SSN e Lei sa che circa l'80% del disavanzo nazionale è collocabile in poche Regioni per la precisione: Campania, Lazio, Sicilia.

Quindi distinguiamo e diciamo che per la maggior parte del nostro paese l'Aziendalizzazione ha comportato un migliore governo della compatibilità economica. È vero peraltro che c'è una continua tensione all'incremento della spesa, ma c'è anche per gli Stati Uniti che spendono il 15% del P.I.L., per la Germania che spende l'11% del P.I.L. e quindi un livello di spesa ben superiore a quella italiana che è circa il 8,4% del PIL.; il problema riguarda tutti i paesi sviluppati. Ma c'è un altro dato straordinariamente importante. Lei ci insegna che la composizione per classi di età dell'E.R. è quello che avrà l'Italia attorno al 2020-2025, quindi noi siamo in grado di sfatare un mito e una preoccupazione grandissima secondo la quale l'invecchiamento della popolazione comporta inevitabilmente una minore capacità di governo della sostenibilità economica: ebbene questo non è vero e lo stiamo dimostrando sul campo; l'E.R. ha una elevata capacità di governo della spesa sanitaria garantendo servizi sanitari di buona qualità; direi che da questo punto di vista il risultato è veramente positivo. Bologna storicamente spende di più rispetto alla spesa media regionale come quota capitaria assieme a poche altre Provincie. La maggiore spesa non si registra per il livello assistenziale "assistenza ospedaliera". Quindi nonostante che Bologna abbia una potente struttura di offerta ospedaliera e, nonostante che in sanità si dica che i consumi siano correlati all'offerta, noi abbiamo una spesa pro-capite per assistenza ospedaliera che è in linea con la media Regionale. Questo grazie al fatto che c'è stato nel tempo un uso più appropriato dell'ospedale. Mi preoccupa quando Lei correla direttamente il livello di efficienza al numero di posti letto e all'indice di occupazione dei posti letto ospedalieri. Il S.Orsola nel 1986 aveva 1.010 posti letti in più rispetto a quelli attuali; secondo il Suo approccio ciò comporterebbe una valutazione negativa? No, a mio avviso, estremamente positiva! Perché le posso dire che con 1.010 posti in meno facciamo 7.000 ricoveri in più e non solo; allora si facevano 13.000 interventi chirurgici oggi ne facciamo circa 30.000 e le posso anche dire che rispetto al 1986 ricoveriamo 1.500 pazienti in

più da fuori Regione. Infatti per quanto riguarda l'indice di attrazione del S.Orsola, il 33% dei ricavi per l'attività sanitaria del S. Orsola è per i pazienti fuori provincia e fuori regione, i 2/3 di questo 33% è per pazienti fuori regione. Poi è vero che c'è una spinta di tutti i territori regionali e nazionali all'autosufficienza che di per sé è una spinta positiva ed è questa anche la ragione per cui ospedali di minore complessità della Provincia di Bologna oggi sono più utilizzati rispetto al passato. Il dato negativo di questa spinta potrebbe essere dato dall'eventuale rischio di una visione "autarchica" rispetto alla opportunità di concentrare l'attività sanitaria più complessa. Questo è un tema da affrontare nell'ambito della programmazione delle funzioni oltre che delle strutture specialistiche, che ci stiamo ponendo. Sicuramente, come ha detto il collega Baldi, noi non possiamo sperare che in futuro continui quel pendolarismo da altre Regioni per problemi sanitari non complessi. Da qui una preoccupazione: se noi vogliamo continuare a mantenere la nostra attrattività, che non può basarsi solo sulle deficienze degli altri territori, noi dobbiamo spingere sullo sviluppo delle nostre eccellenze che sono molte e che richiedono investimenti. Richiedo investimenti anche per l'ammodernamento delle strutture edilizie e rinnovo tecnologico. Gli investimenti strutturali sono certamente uno dei maggiori obiettivi in cui siamo impegnati.

Alcune brevi considerazioni sui cambiamenti delle attese dei pazienti e dei professionisti. I pazienti vogliono essere curati e trattati bene, hanno la necessità della continuità delle cure. Per quanto riguarda i professionisti medici sicuramente esiste (ma non solo nel nostro paese) il problema di non sentirsi sufficientemente valorizzati. Si è reso più complesso il rapporto di fiducia con il paziente da un lato e la responsabilizzazione del medico per la sostenibilità economica del sistema sanitario dall'altro. Nel nostro paese c'è anche il problema della pleora medica, che per fortuna comincia a decrescere, però esiste ancora, e questo credo sia il momento di parlarne perché questa condizione ha determinato storicamente una competizione fra la professione medica e le altre professioni sanitarie a scapito della valorizzazione del medico e delle altre professioni sanitarie. Fortunatamente nell'arco del prossimo decennio non ci sarà più un eccesso del numero dei medici e sarà necessario "ritarare" la funzione del medico rispetto alle altre professioni sanitarie; questo è un importantissimo lavoro da fare che può dare degli effetti molto positivi.

Non parlo della ricerca medica perché qui abbiamo una platea ricca di valenti docenti e ricercatori. Voglio solo citare il fatto che a Bologna non esiste un grande centro di ricerca biomedica come in diverse realtà del nord. Nonostante ciò il Policlinico S. Orsola-Malpighi è il primo ospedale in Italia per numero di studi clinici, come risulta dal registro del Comitato Etico nazionale. Grazie dell'attenzione.

Francesco Ripa di Meana: alcune cose sono state dette dai miei colleghi e non le riprendo. Ho la responsabilità, e me la sento tutta, della offerta e delle risposte della Azienda Usl ai bisogni di salute e di assistenza della popolazione. Quindi questo è, per esempio, per quanto mi riguarda, il punto di partenza della pianificazione del territorio, anche per quanto attiene ai rapporti di fornitura o ai rapporti di committenza con le altre aziende ospedaliere e con il privato. Una funzione rilevante, se guardiamo al territorio in un'ottica di sistema. Come mi è capitato di dire ieri, nel corso della inaugurazione del nuovo Edificio D dell'Ospedale Maggiore, quando nel 1950 la popolazione di questa città, e i giornali, pro-

mossero insieme la costruzione di quell'Ospedale, c'era una percezione evidente che la Sanità rappresentasse un elemento di forte valenza economica per questi territori, importantissimo. Non si faceva una battaglia solo per l'assistenza, ma anche perché si credeva che lo sfacelo dei bombardamenti del '43 potesse trovare una risposta anche attraverso un investimento nella Sanità, facendo diventare quell'intervento un motore dell'occupazione, oltre che delle attività assistenziali proprie. Dispiace che non sia stata sottolineata con la stessa forza dai mass-media la realizzazione della terza torre del Maggiore. Oggi lo spazio giornalistico riservato ad un tale evento è pari a quello dei problemi dei gabinetti pubblici. Il declino del quale stiamo discutendo, vero o presunto che sia, viene anche dalla incapacità di percepire quando la Sanità fa un salto in avanti, e che cosa significhi e rappresenti per la sua comunità. Se un elicottero che si posa, anche simbolicamente, sul tetto di un ospedale è messo allo stesso livello dei gabinetti pubblici in termini di spazio e rilievo dedicato dalla informazione, c'è qualcosa su cui, forse, dovremmo, tutti insieme, interrogarci.

L'Azienda che dirigo si sta ponendo con i suoi professionisti il problema degli scenari futuri e mi intriga molto la ricerca che è stata presentata qui oggi o le provocazioni che ho potuto ascoltare, che ritengo francamente non del tutto adeguate, perché basate su pochi indicatori, peraltro discutibili. L'offerta di posti letto non è considerata, in tutto il mondo, un indicatore di sviluppo o di declino di un sistema sanitario. Se ci confrontiamo, per esempio, con ciò che l'attuale governo sta proponendo, 4 posti letto per 1.000 abitanti, noi condividiamo questo trend. Se ci misuriamo con il dato cittadino attuale, 5,8 posti letto per 1.000 abitanti, non possiamo certo affermare, automaticamente, che si tratta del livello ideale né tanto meno considerarlo un indicatore di declino o di sviluppo. La via d'uscita sta nel comprendere, una volta per tutte, che i letti non servono solo per i nostri abitanti ma sono a disposizione anche per la mobilità, quindi è utile e necessario difendere questa posizione. Comunque, come diceva anche il mio collega, non credo che l'offerta di posti letto possa essere considerata un indicatore di sviluppo o di declino: direi semmai che il cambiamento dell'offerta è un problema. Questa è una Regione unica in Italia, nella quale disponiamo di più personale di alcuni anni fa perché siamo stati fuori dall'obbligo di tagliare ogni anno il personale dell'1,4%, grazie alla attenzione per il tema della sostenibilità complessiva del sistema. La sostenibilità come valore, lo dico anche da Presidente FIASO Nazionale. Le aziende hanno portato questo sistema a far registrare il minor tasso di crescita della spesa di tutti i Paesi Europei. Siamo cresciuti meno di tutti gli altri, e dico "siamo cresciuti" non a caso, perché è giusto considerare la Sanità un investimento, mentre viene considerata sempre e soltanto come una voce di costo.

Detto questo, tutto il resto mi è sembrato interessante. La prima questione sulla quale vorrei soffermarmi è che noi stiamo ragionando non più per piani di rientro. Da tre o quattro anni programmiamo tenendo conto delle risorse delle quali disponiamo a priori, e non abbiamo ripiani a fine anno. Quindi se quest'anno vogliamo investire in crescita sui farmaci insieme al S.Orsola, incrementando la spesa del 10%, un aumento significativo, mettiamo in bilancio il 10% di maggiori spese per i farmaci in ospedale. L'abbiamo detto prima, 10 anni fa tutto ciò era impossibile dirlo e praticarlo, e noi eravamo regolarmente travolti, a fine anno, dalla spesa ospedaliera. Da tre o quattro anni ci è consentito dire a priori quanto vogliamo spendere e su cosa vogliamo investire. A questo punto, forse, dovremmo riflettere su quanto riusciamo a coinvolgere i professionisti in tutto questo processo, e qui intravedo un punto di debolezza, che resta in larga misura ancora da affrontare.

La seconda questione che mi sembra meriti attenzione riguarda l'offerta: in questa provincia e in questa città abbiamo deciso di costruire reti. Io sono arrivato da poco e ne sono onoratissimo. Costruire reti vuol dire, per esempio, che le tante eccellenze dell'oncologia di questa città, quella ortopedica, quella ematologica, quella specialistica del S.Orsola, quella del maxillo-facciale del Bellaria devono essere viste, utilizzate e valorizzate nell'insieme, declinando e governando insieme la giusta competizione professionale per la qualità, la sicurezza dei percorsi che mettiamo a disposizione dei cittadini, il valore aggiunto che deriva dalle sinergie e dalle mancate duplicazioni e sovrapposizioni di competenze e servizi, dando visibilità a tutto ciò. La rete oncologica è paradigmatica della nostra risposta ai bisogni di questo territorio. In questa regione noi siamo chiamati a fare ricerca anche come professionisti dall'Azienda territoriale, e ciò ha determinato un notevole incremento degli studi clinici. Cerchiamo anche di assicurare risposte sempre più efficaci, anche su questo terreno, attraverso nuovi sviluppi organizzativi. La costruzione del nuovo polo delle neuroscienze lancia un messaggio chiaro: l'eccellenza può attrarre a questa città nuove risorse e le neuroscienze possono diventare un altro dei marchi rappresentativi di quanto siamo in grado di offrire in termini di ricerca e innovazione. Ma il mettere in rete e rendere visibili queste eccellenze, e giocarsele nel panorama nazionale, vuol dire costruire anche a partire dalla ricerca la possibilità che nuove ricerche siano condotte qui a Bologna. Non dobbiamo stare fermi, non possiamo permettercelo, e noi ne stiamo parlando con i nostri professionisti.

Sappiamo tutti quanto i medici stiano vivendo un momento difficile, perché è cambiata la relazione con l'utente, che entra nello studio medico con altre esigenze rispetto al passato. Dobbiamo tenerne conto, in un'ottica di sistema. Le nostre Aziende sono costituite all'80% da professionisti, e non investire su di essi sarebbe una follia.

Forse il più grosso esempio di sviluppo che abbiamo di fronte è rappresentato proprio dalle reti territoriali dei medici. In realtà l'investimento che vogliamo mettere in campo sulla medicina generale anche come luogo di rilancio delle professionalità non può non essere accompagnato da formazione, ricerca, elaborazione e sperimentazione di nuovi modelli di relazione, che probabilmente hanno maggiori probabilità di successo laddove possiamo contare effettivamente su più medicine di gruppo.

In un contesto di questo genere, così complesso, noi avvertiamo come sempre più pressante il problema di far parlare bene della Sanità. È un nostro problema, in quanto Aziende, non saper rappresentare bene quello che facciamo ma è, al tempo stesso, un problema che riguarda tutti, tutti gli attori e l'intera comunità. Non sono d'accordo nel sostenere che siamo messi male come dicono, il più delle volte, i cittadini. È necessario che noi tutti spingiamo per promuovere lo sviluppo, per continuare su quella strada, perché rappresentiamo, per esempio, in questa città il maggior concentrato di laureati. Lo sentiamo come un dovere, stiamo incominciando a studiare la cosa insieme alla Conferenza Territoriale e fra qualche mese proporremo una serie di linee strategiche che permettano di leggere il futuro e mettere in moto ciascuno con le proprie capacità, dai singoli professionisti ai gruppi e alle reti, verso qualcosa che sia chiaro, leggibile, comprensibile. Vogliamo fare di Bologna il "boss" del nostro Paese. Dobbiamo avere chiarezza sui nostri obiettivi, su dove vogliamo andare, non basta lamentarsi del passato, cercheremo di proporre una serie di direzioni strategiche che consentano a ciascuno di mettersi in gioco. Io sono convinto che siamo tutti d'accordo sul fondamento delle conclusioni dell'ing. De Rita: la

sanità è una parte essenziale della eccellenza di questa città e non dobbiamo solo difenderla ma rilanciarla. Proprio per questo cercheremo di fare il massimo anche proponendo visioni che permettano ad ognuno di confrontarsi con nuovi scenari e obiettivi strategici e, se possibile, di migliorarsi sapendo verso che cosa il sistema, nel suo complesso, si orienta. Questo credo che sia, nella sostanza, il nostro vero impegno prioritario in questo momento, che non è tanto, quindi, la difesa del numero di posti letto, quanto piuttosto dire con convinzione che difenderemo con le unghie e con i denti il nostro sistema sanitario e con esso la possibilità che resti il luogo nel quale i professionisti possano portare avanti e sviluppare una idea e un progetto.

Giancarlo Pizza: ci sono ancora due interventi, uno della dott.ssa Gisella Frontini, e poi uno dell'ing. Daniele Corticelli responsabile di "Bologna Capitale" e ci piacerebbe che fosse veramente così.

Gisella Frontini: non è molto facile per me intervenire dopo cotante persone. Dalle conclusioni dell'ing. De Rita ho selezionato alcune parole chiave che mi hanno allertata: "nuovo ciclo di sviluppo", "mancata capacità di risposta", "mancano le infrastrutture", "prudenza per i cicli lunghi", "occorre continuare a leggere", "crescere sulla qualità medica", "la pluralità è una ricerca: ci sono gli studenti e ci sono gli immigrati". Per quanto concerne le istituzioni sono stata colpita dall'ottica relativa alle responsabilità e nuove offerte e, aggiungerei, l'abbandono dell'etica delle buone intenzioni. Se così è come si può migliorare la qualità della prestazione medica? Deve essere tenuto presente che il contesto di un tempo, per intenderci quello di Augusto Murri, che sapeva osservare e fare ma era un contesto esclusivamente clinico in cui non si parlava di prevenzione o se ne accennava di sfuggita, è ora profondamente modificato, multi professionale e multifattoriale. Il mio pensiero però va alla qualità della prestazione medica, alla Murri. Durante la mia esperienza manicomiale – perché, data la mia età, io appartengo alla scuola del manicomio - il problema era cambiare il rapporto medico paziente in quanto nuova epistemologia, ma lo è tutt'ora ed è quello che stanno attuando in una esperienza pilota al Bellaria con la "Casa dei Risvegli" dal coma. Questo vuol dire che il medico buono, bello, bravo, simpatico con l'infermiera, più buona, più carina ivi compresa la scelta dei cibi che si propone ogni mattina nei reparti non rappresenta la qualità della prestazione medica perché il medico deve avere a cuore il paziente, la famiglia e la comunità. In quelle comunità dove vivono anche gli immigrati e gli studenti – immigrati anche loro ma portatori di energie nuove e importantissime. Non coltivare il patrimonio costituito dalla Comunità è un grande errore. Noi dobbiamo considerare gli attori citati come dei partners, non come delle persone solamente da trattare bene. Oggi, addirittura si pensa agli immigrati clandestini come soggetti da perseguire penalmente! Debbo sottolineare che il lavoro di gruppo è molto importante ed è il più economico, e il lavoro che il medico e gli operatori svolgono non deve essere rivolto solo all'aspetto "malattia", che è certamente importante ma da solo non basta perché bisogna integrare con la conoscenza del contesto in cui il paziente vive, e questo aiuta molto. E' leggendo il critico articolo sull'organizzazione sanitaria attuale scritto dal dott. Chiarini e pubblicato sul Bollettino dell'Ordine che mi ha spinto ad esprimere anche le mie posizioni critiche. Il progetto è individuale e più mani concorrono a farlo. La rete di cui ha parlato qualcuno mi lascia dubbiosa. Il paziente non è a compar-

timenti stagni per cui qualcuno fa una cosa e qualcun altro ne fa un'altra come se il paziente fosse diviso in parti. Il paziente deve essere conosciuto e trattato come un partner e di lui bisogna avere una visione olistica. Qui però il problema è come collaborare insieme, conoscere di più e abbandonare un certo superficialità. Altro problema è quello dei ricoveri troppo brevi e la necessità di esercitare alto turn-over sui posti letto: esigenza economicistica (in apparenza) ma non clinica e alla fine neanche economica perché il ricovero troppo breve è foriero di ricadute di malattia. Quello che mi preme sottolineare è che il progetto sul paziente è un progetto a più mani e la priorità del progetto è conoscere, conoscere e conoscere. Sono molto contenta di poterlo dire perché noi abbiamo troppa burocrazia che è invasiva, che è aggressiva. Un episodio personale: ieri sono stata come paziente a Villa Chiara. Mi sono state poste tantissime domande e fatte apporre tantissime firme. Ma perché? Perché mi si è detto che la struttura vuole essere certa che io voglio quella determinata prestazione! In sostanza il problema non è il rispetto della persona, dell'individuo, ma il rispetto dei regolamenti! Infine vorrei ribadire che gli operatori sanitari e medici hanno ruoli e funzioni diverse ed i ruoli non sono intercambiabili. Non siamo tutti amici, nossignore! La responsabilità a mio avviso è foriera di una maggiore libertà e creatività. È questa la vera rete? Si tratta di trovare un nuovo modo di lavorare.

Giancarlo Pizza: ringrazia la dott.ssa Frontini e dà la parola all'ing. Daniele Corticelli.

Daniele Corticelli: grazie dott. Pizza per l'invito e l'occasione. Io, con grande umiltà, mi approccio al tema sanitario; ringrazio l'ing. De Rita dei dati forniti che, in quanto numeri, vanno considerati come spunto di riflessione.

Vorrei portare alla vostra attenzione alcune considerazioni, che vengono dai miei 10 anni di impegno e attenzione sulla città, su quale potrebbe essere il contributo della città stessa a questa riflessione.

C'è il tema dei costi; sono stati citati 1.600 euro pro-capite come costo sanitario: è tanto o poco? Sicuramente il tema dell'efficienza dei costi è un dovere morale, innanzitutto di chiunque si occupi della cosa pubblica.

Aggiungo un numero ai tanti: il Comune di Bologna ha un costo pro-capite di 1.300 euro a persona, che diventano 2.500 euro a famiglia, e parliamo solo del Comune. Quindi ci sono la Provincia e la Regione; quindi è molto o poco? Tra le due ipotesi, sinceramente mi sembra tanto, soprattutto in relazione a ciò che fa il secondo rispetto al primo.

Ancora sul tema dei costi, il dott. Baldi ed altri hanno parlato di eccellenze; credo che sia oggettivo. Anche il dott. Cavina diceva che il sistema sanitario, quello ospedaliero in particolare, deve andare verso questo tipo di direzione.

La questione dei tecnopoli; io spero sia un'occasione reale, che non sia soltanto una distribuzione di finanziamenti, ma che vada effettivamente ad incentivare la ricerca; ma su questo ho qualche dubbio, per come si stanno impostando le cose.

C'è disattenzione; conosco la situazione a Mirandola, è trascurata da questo tipo di impostazione, ma cosa può fare il Comune rispetto a questo?

Credo che, da questo punto di vista, sia utile l'invito a chi si vuole assumere la responsabilità della città ed ai Direttori; perché ciò che secondo me è mancato, in questi anni, e che può essere il contributo del territorio, è la valorizzazione delle eccellenze, il marketing territoriale. Cioè il vendere la nostra Città e le nostre eccellenze nel mondo.

Credo che questo sia compito dell'amministrazione, e che sia compito della sanità avere la bandiera; poi però penso sia compito del territorio alzare questa bandiera.

Oggi bisogna alzarla nel mondo la bandiera, non solo fino a Rovigo o San Giovanni in Persiceto, perché la sfida è lì; dobbiamo essere capaci di alzarla nel mondo; perché avere la bandiera tocca a voi, ma alzarla è un contributo importante del territorio che possiamo dare anche noi, ed è ciò che secondo me in questi anni è mancato.

Cazzola parlava sul tema delle risorse; c'è un migliore utilizzo del patrimonio, e questo è oggettivo, ma ci deve essere anche una maggiore capacità di attrattiva della città, di risorse private. A Bologna mancano le strutture per le famiglie, per gli ospedali: anche questo è oggettivo.

Queste strutture, in tutta Italia, si fanno con capitali privati, perché stanno in piedi economicamente da sole; bisogna avere le capacità di aprirsi e di trovare le risorse.

Prima Pizza diceva: "Bologna Capitale". "Bologna Capitale" è uno slogan evidentemente, però ha dei significati, uno di questi è il rilancio, è quello di rendere la città più attrattiva. Chiudo, perché voglio essere assolutamente breve, con una considerazione rivolta all'ing. De Rita, a voi e a me stesso, culturale più che politica.

Secondo me, quando si fanno statistiche e si affronta questo tipo di problemi, credo sia importante fare questo tipo di ragionamento; ho guardato i dati di Bologna e ho letto che dagli anni '50 ad oggi l'aspettativa di vita è passata dai 65 agli 80 anni.

Mi ha fatto sorridere perché è il dato, di per sé, è bello; ogni quattro mesi di vita se ne guadagna uno, come tipo di comunicazione è un dato che colpisce; questo è un bene oggettivo, dal punto di vista sanitario, che però porta ad un aumento dei costi.

Prima ci si è fatta una domanda: sono molti o pochi 1.300 € / 1.600 €? Possono esserci diverse valutazioni e diverse opinioni in merito; non c'è invece una valutazione o un'opinione sul fatto che qualcuno li deve pagare, questi soldi.

Il dato evidente che secondo me deve essere estratto dalle statistiche su Bologna, da questo punto di vista è drammatico; abbiamo un trend demografico nazionale di dimezzamento.

A Bologna ogni anno c'è un saldo naturale di -2.000 bolognesi, 4.000 muoiono, 2.000 nascono; si parla delle elezioni del 1999, si confrontano questi numeri: 40.000 persone che hanno votato nel 1999 non ci sono più. Sono stati solo parzialmente compensati, oggi si guarda il totale della popolazione.

Ha ragione quando ha citato il dato della velocità di crescita degli extracomunitari; non è solo il totale che preoccupa, perché è questo che compensa in parte il dato complessivo dal punto di vista statistico.

Tornando al tema principale, credo che si debba – dal punto di vista culturale – cominciare a pensare che un trend di dimezzamento non solo è un problema sociale, ma anche un problema economico, perché alla fine del processo bisogna sapere chi paga. Perché un'azienda che lavora solo sui costi e non sui ricavi è un'azienda che prima o poi fallisce. Allora bisogna necessariamente porsi, e qui ritorno sulle responsabilità che può avere un'amministrazione, anche in una politica di incentivazione.

Abbiamo detto ruolo internazionale, marketing territoriale, capitali privati; uno degli slogan di Bologna Capitale, nei vari significati, è il mezzo milione di abitanti.

Cosa significa cercare di rendere attrattiva la città, farla crescere? È necessaria più gente che sostiene materialmente questo tipo di servizi, perché altrimenti si giungerà ad un

punto in cui i costi saranno tagliati, forse non oggi ma senz'altro domani.

Se i Direttori sapranno fare ancora di più e meglio il loro lavoro, se ne vedranno i benefici e si avranno i ricavi, perché altrimenti si dovrà chiudere l'attività.

Giancarlo Pizza: dà la parola al prof. Francesco Antonio Manzoli. Poi vi saranno le conclusioni dell'ing. Giorgio De Rita.

Francesco Antonio Manzoli: con tuo padre è da 30 anni che facciamo analisi più o meno di questo genere, bisogna chiudere in bellezza con un ottimismo che è doveroso per chi vive a Bologna da 50 anni. Lasciamo stare la malasanità, il discorso sulla autonomia e capacità di noi medici bloccati da altre realtà. Ma parliamo di Bologna: da uno come me che ha girato l'Italia e continua a girarla e fa parte di alcune delle commissioni fra le più esposte nella sanità e nell'università il primo dato che viene in evidenza è che a Bologna con pochissime risorse, (perché le centinaia milioni di euro assegnate dallo stato italiano per la ricerca il 40% va nelle zone di Milano, Torino, Genova l'altro 40% Roma Napoli e il restante 20% al resto d'Italia) si fa moltissimo. C'è un dato di fatto, io che rappresento sia l'Università che gli Istituti Ortopedici Rizzoli devo dire che abbiamo una serie di giovani medici e ricercatori che sono di altissimo livello. L'esempio del Rizzoli dove sono stato Presidente 22 anni fa, ora c'è Giovanni Baldi, che sta lavorando in modo splendido con me vicino come direttore del settore di ricerca. All'inizio il Rizzoli aveva 3 gruppetti che pubblicavano alcuni lavori all'estero, con l'arrivo di un consiglio di amministrazione da me presieduto abbiamo creato 8 laboratori di ricerche poi con Baldi 9. Oggi a 20 anni di distanza noi abbiamo 200 tra ricercatori e clinici ortopedici che pubblicano 900 lavori l'anno all'estero. Siamo nella graduatoria al 5/6 posto su 43 IRCCS. Ci sono dei dati di fatto, partiamo dalla parte clinica. L'anno scorso al Rizzoli i nostri clinici hanno fatto il primo trapianto al mondo di tallone, di ginocchio, di spalla. Il settore ricerca: abbiamo la banca dell'osso che offre l'osso al 50% degli ospedali italiani, abbiamo una serie di ricerche che vanno dall'immunologia dei tumori all'artrosi. In quest'ultimo campo abbiamo messo in evidenza una proteina che determina il blocco per le proteine dell'artrosi, abbiamo un miscuglio di cellule ossee cartilaginee che servono moltissimo per la riabilitazione ossea quando si fanno i trapianti, soprattutto le protesi. C'è la Regione che ha pensato di utilizzare, un enorme edificio che è la manifattura tabacchi di 90.000 mq, per fare un centro di ricerche pubblico e privato e noi siamo già stati contattati ed abbiamo presentato laboratori di ricerche esplicitati fino all'ultimo metro e abbiamo anche visto che gli assessori Bissoni e Campagnoli stanno esercitando una pressione anche sul privato, noi riusciremo ad avere a Bologna un centro di ricerca Biomedico e anche industriale ad altissimo livello nazionale. Quindi De Rita io sono d'accordo con te su alcune analisi ma su altre dico, signori, che a Bologna mi sembra di sognare, abbiamo persone che si sacrificano, come Cavina come Ripa di Meana, abbiamo fior fiore di ospedali e policlinico splendidi, abbiamo delle realtà invidiate in Italia ed anche in Europa. Baldi ed io siamo invitati continuamente a fare delle dependance nelle regioni del Sud, anche perché abbiamo 45000 persone all'anno che vengono a farsi visitare e qualcosa come 16/18mila che si fanno operare al Rizzoli ogni anno. Quindi chiudo ringraziando Pizza per quello che ha fatto, grazie a Miserotti per la sua presenza, a De Rita perché è degno figlio di tanto padre, ma ripeto Bologna è un'isola a mio parere di grande livello nella sanità.

Giancarlo Pizza: grazie Antonio questo è veramente incoraggiante, mi fa molto piacere, io non ero depresso più di tanto per le considerazioni dell'ingegner De Rita, gli do la parola per le conclusioni.

Giorgio De Rita: ovviamente andiamo via velocemente perché non possiamo rubare altro tempo. La prima considerazione, poi arrivo ad una risposta puntuale: credo che il dott. Pizza abbia raggiunto il suo scopo, cioè fare una provocazione e mi sembra che la discussione sia vivace e la domanda e il bisogno di approfondimento lo siano altrettanto. Noi non abbiamo fatto una ricerca puntuale ma raccolto alcuni spunti per avviare una riflessione. Quale era la linea di ragionamento che volevano sottolineare? Dapprima il contesto: questo per tante ragioni sta cambiando molto rapidamente. Oggi a causa di molteplici ragioni ci troviamo nell'intreccio di una serie di linee di trasformazione provenienti dagli anni '60 in termini di aumento e miglioramento della qualità di vita ma che si incrociano, in questi giorni, con le diverse crisi economiche. Quindi oggi siamo in un momento in cui tante trasformazioni si intrecciano fra di loro. I numeri lo dimostrano e se questo è vero è vero anche che esiste una responsabilità di tutti per affrontare un cambiamento che la società impone. Per l'industria, per i servizi, per le famiglie e per le istituzioni e in qualche modo per le società, ma questa responsabilità a mio avviso è una responsabilità tanto più forte tanto più significativa per chi occupa una posizione di eccellenza. Io non credo che i numeri dicano che Bologna è parte di una terra in via di sviluppo nella sanità internazionale: tutt'altro. Ma se sei primo in classifica hai inevitabilmente una responsabilità e, io ho detto e ci credo, l'orgoglio nell'essere il primo. Io credo che la sanità di Bologna debba ritrovare una qualche dimensione di orgoglio così come l'ha avuta nel '92 quando il tema qui era "dobbiamo risparmiare" e anche perché prima o poi non vi saranno più leggi di ripiano e, qualcuno diceva prima, in fondo è un risultato che abbiamo raggiunto. Questo dice ancora di più che se abbiamo raggiunto quello oggi ci deve essere un risultato nuovo, perché la sanità in Campania oggi invece ha ancora il problema di avere un costo che è circa, pro-capite, il doppio di quello della sanità in Emilia-Romagna. Io credo che oggi si spenda anche relativamente poco, e ho spiegato come oggi in farmaci si spenda meno che in "gratta e vinci": oggettivamente non sia dire che si spende troppo. L'ultimo punto che è conseguenza di questo, e volevo sottolineare, c'è una attenzione al miglioramento che la società bolognese in primo luogo, e dell'Emilia Romagna in senso lato, in qualche modo non percepisce, cioè quello che io ho chiamato un allontanamento della società nei confronti della professione medica. Questa attenzione è cambiata per tante ragioni sociali, sociologiche, strutturali, però c'è, a mio giudizio, un impoverimento anche nel prestigioso usare del medico, vuoi perché è diventato un rapporto a macchinetta – vado mi dà il farmaco arrivederci e grazie – vuoi perché magari c'è un sentire comune che dice che i medici guadagnano tanto e lavorano poco. Tante possono essere le ragioni, però alla fine, alla base l'humus della società italiana e della società bolognese, dicono che questa eccellenza, pur riconosciuta in qualche modo, viene messa in discussione dalla società.

Alcune risposte puntuali che forse è giusto anche dare, fermo restando che sono aperto a qualsiasi approfondimento. Diceva prima il prof. Cantelli Forti sulla presenza dell'Università di Bologna la necessità di strutturare meglio i rapporti sulle ricerche sui trials clinici. Io condivido pienamente: di nuovo però a fronte di un mondo che sta pesantemente

investendo in ricerca e sviluppo, il nostro paese piano piano sta andando indietro. Credo che il rischio di trasformare il nostro paese, la nostra regione, la nostra città, che pure ha risorse interne, che ha pure cultura in una piattaforma logistica, in una piattaforma commerciale è un rischio di cui tenere conto e anche un rischio da contrastare. Ritengo che ci debba essere una più forte presa di coscienza da parte del mondo della medicina, soprattutto nella nostra città, nei confronti di un sistema industriale e farmaceutico che sta lentamente arretrando, allontanando. Un allontanamento che vediamo poco forse, perché la spesa continua ad essere importante, perché continuiamo ad essere il quinto mercato nel mondo. Le imprese farmaceutiche ci sono ma stanno trasformando il nostro paese in una piattaforma commerciale. Finiamo per diventare mediatori, intermediatori finanziari e non più scientifici. E su questo credo anche di rispondere al prof. Cacciari sul tema della provincializzazione. Di nuovo Bologna è polo di eccellenza nella sanità italiana e ricerca farmaceutica, ma il rischio della provincializzazione è un rischio che noi vediamo e vediamo forte. Diceva l'assessore Paruolo sui numeri dobbiamo sederci a discutere: naturalmente sono il primo, sono disponibile, so per esperienza perché faccio questo lavoro da ormai più di 20 anni, che i numeri possono anche essere un po' piegati all'interpretazione, puoi scegliere un anno piuttosto che un altro, un atteggiamento piuttosto che un altro, ma penso di averli dati con assoluta onestà e di aver scelto quelli che in qualche modo erano funzionali ad una linea di ragionamento. La città accogliente e l'accoglienza della città: certamente se la città offre poco o costa troppo per i parenti che debbono portare qui i familiari, probabilmente cercano altre strutture. Io resto convinto che la famiglia italiana è pronta a spendere qualsiasi cifra o affrontare qualsiasi sacrificio pur di accompagnare il parente. Ciò non toglie che il dovere di accoglienza della città debba essere accresciuto. Il tema è molto vasto, sono d'accordo con lui, sul fatto che la riforma del '92 poi ha trovato sulla dimensione regionale nel 2004 un ulteriore passo avanti, la nostra percezione è che questo tutto sommato non sia sufficiente. Diceva il dott. Baldi abbiamo tante sfide di fronte. La prima di pensare non tanto al settore farmaceutico quanto al settore biomedico, e questo non posso che sottoscriverlo con tutte e due le mani. Ho sottolineato più volte l'aspetto farmaceutico perché rispetto al biomedicale l'Italia già da diversi anni è in arretramento. Rispetto al farmaceutico invece secondo noi questo arretramento è un po' più recente, è più legato a fatti contingenti degli ultimi due, tre anni con promesse da parte del governo di sostegno che poi in un qualche modo sono venute meno.

È un po' successo al biomedicale quello che è successo nell'energia nucleare, l'Italia 25 anni fa era fra i numeri uno oggi al n. 70 (lo invento) non è più in quella posizione di eccellenza. Non è l'unico settore, il biomedicale, in cui siamo arretrati ed è uno di quelli di più difficile recupero. Il recupero potrà essere lunghissimo e faticoso ma credo sia strettamente necessario recuperarlo: il recupero non può che partire da alcuni punti di ancoraggio ma si deve avere una struttura a cui pensare. Il tecnopolo: personalmente sono convinto che sia una straordinaria opportunità di riflessione e di collaborazione tra pubblico e privato e lo dico con serenità. Qualche dubbio lo nutro rispetto al modo di avvio e di gestione del progetto. La manifattura tabacchi ha avuto 7 diverse destinazioni negli ultimi 5 anni. Io credo che si debba procedere in modo inverso e non partire dal contenitore per inserirvi un contenuto adeguato ma adattare il contenuto al recipiente altrimenti resta un grande progetto. Comunque centri di eccellenza della ricerca scientifica in un qualche modo asciugati perché forzati nella loro dimensione nel nostro Paese ne abbiamo visti tanti.

Lo dico con tutta serenità perché sono convinto che debba potersi trovare a Bologna un luogo di incardinamento dello sforzo della ricerca, dello studio anche su diversi temi: partire dal contenitore mi sembra forse il punto peggiore, anche perché abbiamo visto partire più volte da quel contenitore cose che non si sono realizzate.

Il dott. Cavina diceva che non è vero che è cambiato niente. Io sono d'accordo con lui, sia in temi di governo della spesa sia in temi della gestione dei flussi sia in temi di capacità di offerta. Quello che volevo sottolineare è che il percorso è stato in una qualche misura compiuto ma è stato tutto legato a fenomeni di gestione e poco legati invece alla percezione della città. Un esempio tanto per dare l'ennesimo numero le donazioni del sangue, è un dato dell'AVIS dal 1991 ad oggi le donazioni sono diminuite del 22.5%; i donatori sono sostanzialmente stabili, ecco questo può essere uno dei tanti indicatori che piano piano, tutto sommato, c'è questo allontanamento forte.

Mi è piaciuto molto e condivido le Sue osservazioni l'intervento del dott. Ripa di Meana il quale pone un accento che va raccolto sugli scenari futuri. Interrogiamoci meno quanto siamo stati bravi, interrogiamoci sugli scenari futuri e anche sui modi, sugli strumenti per comunicare meglio. Altre potrebbero essere le risposte però credo in un qualche modo di aver risposto più o meno a tutti. Al prof. Checchi devo un'ultima risposta: purtroppo la risposta è no non abbiamo fatto un approfondimento specifico sull'odontoiatria, siamo interessati a farlo come siamo interessati a farlo sull'ortopedia, però credo che oggi anche l'ortopedia del Rizzoli sia chiamata a uno sguardo in avanti più profondo.

Giancarlo Pizza: grazie all'ing. De Rita, grazie a tutti gli intervenuti, credo che l'Ordine oggi abbia raggiunto il suo scopo: quello di iniziare una riflessione.