

**CUARTO CONGRESO LATINOAMERICANO DE
ARQUITECTURA E INGENIERIA HOSPITALARIA**

Buenos Aires, Argentina 20 al 24 de Septiembre de 1993

ACTO DE APERTURA

CONFERENCIA DEL ING. ALBERTO LENA

Presidente de la
International Federation of Hospital Engineering IFHE

Signor Ministro, Signor Chairman, Signore e Signori,
Cari Amici,

È un grandissimo piacere, oltre che un onore per me, portare i saluti della Federazione Internazionale di Ingegneria Ospedaliera e miei personali a questo importante Congresso che si propone come un confronto di elevato livello sui più importanti temi della edilizia e della tecnologia ospedaliere:

- Estructura sanitaria en países en desarrollo;
- Prevention y Seguridad;
- Conservation y recuperation energetica;
- Diseno y nuevas tendencias en la atención de salud.

E' questo un periodo di grandi cambiamenti nelle strutture sanitarie di tutto il mondo.

Le mutate situazioni politico-istituzionali e degli equilibri mondiali unitamente a notevoli modifiche delle condizioni socio-economiche hanno obbligato i governi a riconsiderare la propria politica in materia di sanità.

Le nazioni più ricche come gli Stati Uniti e la Germania devono ristrutturare profondamente i loro sistemi di assicurazione sanitaria per riequilibrare le differenze

tra fasce forti e deboli della popolazione e tra territori altamente e scarsamente attrezzati.

Parallelamente le nazioni più industrializzate della parte nord-occidentale del globo, in fase di grande recessione economica, devono riformare i loro sistemi sanitari riequilibrando la distribuzione dei servizi di assistenza tra pubblico e privato a vantaggio di quest'ultimo, senza tralasciare il controllo sulla assicurazione della qualità delle prestazioni fornite ai cittadini utenti.

In questo contesto sono venute a diminuire le disponibilità di risorse nei Paesi più ricchi a favore dei Paesi in via di sviluppo i quali, già carichi di problemi, si trovano così ulteriormente penalizzati, aumentando il loro divario dai Paesi ad alta tecnologia.

Nei più importanti meetings mondiali del settore sanitario in questo 1993, a cui ho ritenuto mio dovere partecipare perchè anche la nostra Federazione sia costantemente al passo con le mutevoli situazioni della sanità mondiale, si sono discussi e confrontati i problemi ai quali ho accennato ora.

A Madrid in Aprile al 28° Congresso della Federazione Internazionale degli Ospedali il confronto mondiale è stato affrontato a tutto campo. Si è dovuto riconoscere con vivo rammarico che l'obiettivo proposto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità di "Salute per tutti nell'anno 2.000" è ancora ben lontano dall'essere raggiunto e gli sforzi dovranno essere moltiplicati unitamente alla solidarietà globale.

Il prossimo Congresso biennale della International Hospital Federation, che si terrà nel 1995 a Budapest, permetterà un più ravvicinato confronto tra l'Est e l'Ovest.

Ad Hannover in giugno al 18° Congresso della Federazione degli Ospedali tedeschi, tenutosi in occasione di Interhospital '93, il tema principale ha avuto quale titolo "L'ospedale in piena rivoluzione" ed ha illustrato ampiamente il grande sforzo di ristrutturazione ospedaliera che si è proposto il governo della sanità tedesca.

Ciò ha permesso di proseguire il Congresso con un confronto tra varie situazioni nel "Forum degli Ospedali Europei".

Di quanto ho accennato posso fornire alcuni dati numerici:

Nazione	Belgio	Francia	Germania	Gran Bretagna	Italia	Olanda	Spagna	Svezia
Popolazione (milioni)	9,8	57	79,7	57	57,8	15,1	39	8,9
Spesa Sanitaria (% del PIL)	7,9%	9,1%	8,3%	6,6%	8,3%	8,3%	6,7%	8,6%
N° Medici (per 1.000 abitanti)	3,2	2,7	3,7	1,3	4,7	2,5	3,5	3,1
Natalità (per 1.000 abitanti)	12,6	13,3	11,3	13,8	12,7	13,2	9,9	14,4
Mortalità (per 1.000 abitanti)	10,4	9,2	12,1	11,2	9,5	8,6	8,7	11,0
Letti per acuti (1.000 ab)	6,0	6,9	7,2	2,6	4,9	4,2	3,5	4,6
Letti per cronici (1.000 ab)	1,9	2,9	2,0	1,4	0,1	5,6	0,4	6,3
Letti privati (1.000 ab)	=	=	1,7	0,1	1,7	=	0,6	=

Si fa notare che negli U.S.A. la spesa sanitaria rispetto al P.I.L. è pari al 12,4% mentre, come ha affermato Jim Lindheim della Burson-Marsteller Europa, il presidente Clinton ha sferrato una grande battaglia contro le lobbies che vedono la sanità in funzione del business.

Il "serpente sanitario" vede, secondo dati O.E.C.D. (Organization for Economic Cooperation and Development) la spesa sanitaria pro-capite in dollari del 1990, tenuto conto del potere di acquisto reale, nella sequenza:

U.S.A.	2546
Svizzera	1633
Francia	1543
Germania	1487
Svezia	1479
Olanda	1266
Italia	1234
Belgio	1227
Giappone	1171
Danimarca	1054
Gran Bretagna	974
Spagna	777

In Europa le spese per la sanità sono in crescita dappertutto tranne che in Svezia, in cui si è registrato anzi negli ultimi 10 anni un leggero risparmio: esattamente il 4,5%.

La situazione svedese non è dissimile da quella di altre nazioni europee: la popolazione invecchia ed è alta la percentuale di mortalità per affezioni cardiovascolari e cancerogene, due gruppi di malattie che richiedono cure molto costose. E' la migliore organizzazione che pone la Svezia in tale posizione ottimale.

In Italia, come è noto, le cose non vanno al meglio nel settore: per esempio si spendono quasi due punti percentuali in più del P.I.L. che non in Gran Bretagna, a parità di abitanti, a fronte di molti posti letto e medici (per 1.000 abitanti) in più, con un Servizio Sanitario Nazionale che ha sicuramente minore disponibilità dei servizi che caratterizzano una sanità moderna quali day-hospital, cure ambulatoriali, assistenza agli anziani, cure domiciliari di malati terminali.

Ha affermato Bruno Ricca, presidente della Andersen Consulting Italia, che la riorganizzazione è il primo passo da fare verso una sanità a misura di "cliente".

Essa passa, ha detto Ricca, attraverso tre cambiamenti principali:

- l'informatizzazione degli ospedali per fornire a tutti gli addetti ogni elemento utile a lavorare presto e bene e per collegare tra loro tutti i reparti onde evitare che siano isole separate;
- il coinvolgimento di ciascun addetto in vista di precisi obbiettivi;
- il sistema del "remboursement" che stabilisca tariffe definite per profili e cure omogenee, secondo precisi standard di qualità.

In questo quadro generale che ho brevemente tracciato, quali sono le prospettive e le possibilità di azione della Federazione che ho l'onore di presiedere?

Nell'insediarmi in questo incarico nel maggio 1992, all'inizio del 12° Congresso Internazionale di Ingegneria Ospedaliera tenutosi con successo a Bologna, ho proposto al Consiglio, all'Assemblea e a me stesso i seguenti obbiettivi:

- rafforzare la collaborazione con la Organizzazione Mondiale della Sanità e la Federazione Internazionale degli Ospedali al fine di contribuire al raggiungimento di una migliore assistenza sanitaria;

- sviluppare la Ingegneria Ospedaliera nei Paesi in via di sviluppo per preparare personale tecnico in grado di gestire il progresso;
- migliorare l'interscambio tra le Associazioni nazionali per aumentare la diffusione delle conoscenze; istituire un corso annuale di perfezionamento in Ingegneria Ospedaliera a valenza internazionale per contribuire alla specializzazione di giovani ingegneri in grado di elevare il livello delle tecnologie ospedaliere.

Ritengo di poter dire che con l'appoggio del Consiglio e del Comitato Esecutivo e con la collaborazione di tutti voi questi obiettivi si stanno gradualmente realizzando.

- Grazie alla collaborazione del Dottor Andreas Malloupas di Cipro, incaricato dei rapporti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, e dell'Ingegnere Basil Hermon, nostro Past-President incaricato dei rapporti con la Federazione Internazionale degli Ospedali, ed alla collaborazione del Dottor Issakov dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Dottor Pickering della Federazione Internazionale degli Ospedali, le relazioni sono ampiamente migliorate.

- Nuovi Paesi hanno aderito o stanno per aderire alla Federazione Internazionale di Ingegneria Ospedaliera: dopo il Cameroon, la Croazia e il Kenya si prospetta la possibilità di adesione di Malesia, Corea, Uganda, Zaire, Colombia, Brasile, Ungheria, Repubblica Ceca. Nel contempo sono aumentati gli Associati singoli 'B' e collettivi 'C' e 'D'.
- Nell'ambito degli scambi tra Associazioni nazionali si verificano più di frequente occasioni di confronto come quelle di questo e di altri Congressi sovranazionali in varie parti del mondo.
- Il primo Corso internazionale di perfezionamento in ingegneria Ospedaliera inizierà nel prossimo novembre e si concluderà in maggio a Bologna in occasione di Hospital '94 Mostra internazionale al servizio della sanità- con la partecipazione di diversi membri del Consiglio nella veste di docenti.

Con tutto ciò si può prevedere che le entrate della nostra Federazione possano aumentare soprattutto se ci sarà la collaborazione che chiedo a tutti gli Associati per reclutare nuovi membri ed al Comitato Esecutivo per un impegno straordinario di promozione della international federation of Hospital Engineering Nel

Paesi emergenti, affidando una precisa zona geografica a ciascun membro del Comitato stesso.

Abbiamo ora alcuni nuovi strumenti per far conoscere gli scopi, la vita, la storia della I.F.H.E., a disposizione di chi li richiederà:

- la rivista trimestrale con notiziario periodico che stiamo cercando di migliorare e diffondere;
- il libretto dei primi venti anni di storia della International Federation of Hospital Engineering che sta per essere completato.

Gli appuntamenti del Meeting in Argentina e del 13° Congresso in Sud Africa sono importantissime tappe per migliorare gli scambi culturali e professionali tra Sud e Nord del mondo.

Il 14° Congresso in Danimarca sarà la verifica del progresso in assoluto della tecnologia ospedaliera in uno dei Paesi al vertice della qualità nel campo della sanità mondiale.

Auspichiamo che le candidature che perverranno per organizzare il 15° Congresso nel 1998 consentano al Consiglio di scegliere incontri con nuove culture e nazioni da conoscere.

La Sede e la Segreteria a Bologna, ed io personalmente, siamo quotidianamente disponibili per quanti desiderino dialogare con la International Federation of Hospital Engineering.

Ma tutti i nostri sforzi saranno vani e lo sviluppo della tecnologia ospedaliera inefficace se al centro della nostra attenzione non ci sarà comunque l'uomo bisognoso di cure e se la nostra attività non sarà mossa innanzitutto dalla solidarietà tra persone, Associazioni, Paesi.