



Significato di una riforma

Maria Antonia Modolo

Da: Seppilli A, Mori M, Modolo MA Significato di una riforma, Roma: Il Pensiero scientifico editore, 1972

L'importanza che riveste il problema del personale per i servizi sanitari emerge da tutti i documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e da tutti i rapporti sui servizi sanitari nei vari paesi. Nel documento preparato dal Ministero della Sanità inglese (1970) sulla struttura futura del Servizio Sanitario Nazionale si osserva, a proposito del personale, che il servizio è la più grossa industria del paese, poiché impiega circa 750.000 persone. Il documento osserva che questo personale deve essere di elevata qualità, poiché "la qualità del servizio dipende soprattutto dal calibro degli uomini e donne che vi lavorano". La organizzazione dei servizi deve essere affrontata con chiara coscienza di questa ineluttabilità dello stretto rapporto tra qualità del personale e qualità dei servizi. Le attrezzature, le infrastrutture edilizie, che richiamano sempre l'attenzione, non presentano una correlazione così rigida. Esse sono indubbiamente importanti, ma per la efficienza del servizio non possono essere sostituite dalla qualità del personale. Le attrezzature, inoltre, non pongono grossi problemi agli organizzatori, in quanto l'industria studia e realizza rapide soluzioni ai problemi tecnici, che possono trovare un ostacolo solo nelle disponibilità economiche.

Per il personale tutto più difficile, perché in questo caso non si tratta solo di problemi tecnici e finanziari, si tratta della formazione di atteggiamenti, di

attitudini, del modo di intendere la professione e di interpretare i propri compiti, che richiedono uno sforzo collettivo non indifferente, tempo, materiale umano, oltre che, ovviamente, disponibilità finanziarie.

È un problema al quale bisogna pensare con notevole anticipo. Perché un servizio funzioni secondo determinate nuove direttive, è necessario che esso venga attuato da personale che conosca tali direttive, che le abbia comprese e fatte proprie e sia in grado di applicarle. Si tratta di preparare nuovo personale e di riqualificare quello già in servizio. E per formare un medico ci vogliono 8-9 anni (sei di scuola di medicina e due o tre di tirocinio pratico); per formare un tecnico o un infermiere ce ne vogliono da tre a quattro. Per aggiornare tutto il personale in servizio ci vogliono centinaia di corsi e vari anni di lavoro.

Perciò, il problema del personale da adibire ad un servizio deve accompagnare, di pari passo, la programmazione del servizio stesso. Nel già citato documento inglese, preparato per gettare le basi della ristrutturazione del S.S.N., unificando le varie branche e realizzando un servizio unitario integrato, si propone di cominciare subito ad organizzare corsi di aggiornamento per il personale che già opera nei vari settori del servizio stesso. Tali corsi saranno sviluppati in collegamento con le università, ove possibile, o in servizi educativi che affiancano quelli sanitari.

Da noi questa sensibilità è ancora ben lontana dall'essere comune. Nessun progetto di riforma si preoccupa di questo problema essenziale che, per essere stato trascurato da sempre, oggi più grave che in altri paesi. Non ci si chiede se non sia necessario cominciare a organizzare corsi per coloro che dovranno amministrare i servizi, e per quelli che dovranno dirigerli. Non ci si chiede dove e come si potrà reclutare personale infermieristico qualitativamente idoneo ed in numero adeguato per i servizi di base; né se la qualità del personale infermieristico di cui oggi dispone il servizio ospedaliero possa in qualche modo influire sulla scarsa redditività dei nostri ospedali.

È così poco sentita la esigenza della qualificazione del personale, che, mentre i servizi fanno a gara per procurarsi l'ultimo modello di betatron, di autoanalyser, di equipaggiamenti per la terapia intensiva, non si preoccupano quasi mai di evitare che il malato sia assistito da un infermiere che ha acquisito la sua preparazione specifica in un pseudo-corso della durata di pochi mesi e partendo da una preparazione di base del tutto inadeguata. Non si preoccupano se l'infermiere non è capace di distinguere i farmaci, di capire il malato, di applicare con un minimo di tecnica specializzata certe cure. Non si preoccupano affatto se l'infermiere non conosce i principi della trasmissione delle infezioni e le



ragioni per cui, ad esempio, in un centro immaturi possano esplodere vere epidemie di gastroenterite. Non si preoccupano di avere tecnici specializzati nei propri laboratori (magari attrezzati con gli apparecchi più moderni), convinti che un qualsiasi medico può dirigere il settore e qualsiasi inserviente può essere addestrato a diventare tecnico.

Siamo ancora, sotto questo aspetto, alla fase dell'apprendistato artigianale. La medicina moderna, in rapida evoluzione, pone nuove esigenze anche per quanto attiene al personale. Tutti i paesi del mondo fanno piani e programmi per far fronte a queste esigenze, dal punto di vista qualitativo e quantitativo. Il nostro paese è alla vigilia di una riforma importante e si trova in una posizione di allarmante carenza di personale sanitario, soprattutto tecnico ed infermieristico, sia dal punto di vista quantitativo che (ancor più) dal punto di vista qualitativo. Appare urgente una azione pianificata in questo settore, per evitare che gli obiettivi della riforma si vanifichino al momento della sua applicazione.

Nella discussione tecnica della 23 Assemblea Mondiale della Sanità sono stati sintetizzati in 5 punti i requisiti di un sistema per ottenere che il personale soddisfi ai bisogni di un moderno servizio sanitario:

1. Cooperazione attiva e continua tra le strutture responsabili dei servizi sanitari e quelle per la formazione del personale.
2. Ripartizione chiara di compiti e funzioni tra il personale in seno al lavoro di équipe.
3. Rinnovamento continuo dei programmi di preparazione, sia per ciò che riguarda i vari tipi di professionisti, che per il contenuto dei programmi stessi.
4. Azione continua di formazione di

tutto il personale sanitario, per completare e aggiornare le conoscenze di base e per adattare all'evoluzione socio-sanitaria della popolazione.

5. Studio permanente dei rapporti tra servizi sanitari e servizi per l'insegnamento, con uno sforzo sistematico di valutazione dei risultati conseguiti al fine di introdurre tutti i cambiamenti che si ritengono, via via, necessari.

La situazione generale nel nostro paese a questo riguardo si può così sintetizzare:

1. Il personale medico, numericamente sufficiente in senso assoluto, risulta carente in senso relativo, per le gravi lacune che si riscontrano nel settore infermieristico e tecnico.
2. Dal punto di vista qualitativo, sia le facoltà mediche, che le scuole per il personale infermieristico, sono ferme a vecchi schemi da tempo superati. Il medico riceve una preparazione nozionistica enciclopedica, come se dovesse risolvere da solo tutti i problemi, fuori da ogni concetto di collaborazione, di équipe. Gli infermieri sono addestrati sulla falsa riga del personale che offriva l'assistenza per carità nei vecchi nosocomi, con qualche aggiunta nozionistica, tratta da una specie di sommario ridotto e semplificato dei programmi della facoltà di medicina. Il personale tecnico è raramente preparato a svolgere un suo ruolo autonomo ed il suo contributo nei servizi non è stato ancora chiaramente definito, salvo che in qualche caso particolare.
3. Non esiste nessun rapporto tra i servizi sanitari e le strutture per la preparazione del personale, nonostante le scuole infermieristiche siano negli ospedali e le facoltà mediche nelle cliniche universitarie. Non c'è infat-

ti, a nessun livello alcun tentativo di pianificare il rapporto tra strutture e personale, né qualitativamente, né quantitativamente. Gli allievi non sono in grado di percepire la loro funzione professionale nell'insieme dei servizi sanitari, dei quali sperimentano solo una fase del tutto particolare: il momento terapeutico in ospedale (che fra l'altro non dovrà essere la fase più importante nei servizi futuri).

4. Non esiste una definizione delle funzioni nel lavoro in équipe; essendo i rapporti strutturati in un regime rigidamente gerarchico, tanto nei confronti dei medici tra di loro, che nei rapporti fra medici e personale infermieristico e tecnico.
5. Non esiste alcun piano sistematico per l'aggiornamento del personale, a nessun livello e per nessun tipo di professionisti.

Questi punti sono da tener presenti analizzando in maggiori dettagli la situazione del personale come attualmente opera e, soprattutto, come dovrà operare in futuro, perché la riforma sanitaria possa apparire nel suo vero significato e dare i frutti che da essa si attendono.

1.2. Lo sviluppo dei servizi influisce sulla richiesta di personale

La crescente richiesta di servizi per la salute, sanitari e sociali, porterà ad un aumento dell'impiego di personale, mentre il perfezionarsi degli interventi preventivi, curativi e riabilitativi richiederà un sempre maggiore impegno per la qualificazione del personale stesso. Negli ultimi 25 anni molti paesi si sono impegnati a fondo in una politica del personale, nello studio delle funzioni e della preparazione dei vari elementi dell'équipe sanitaria.



12.1. La specializzazione che si è andata imponendo per le esigenze stesse dello sviluppo

delle scienze (mediche o bio-mediche) ha posto due problemi. Si è prima di tutto posto il problema di lavorare in gruppo: più persone che si occupano dello stesso settore o dello stesso individuo, più persone differentemente qualificate, e non sempre del settore medico. Oggi si prospettano sempre più spesso collaborazioni anche con personale non sanitario, ingegneri, matematici, fisici, architetti, ed anche per certi aspetti con esperti di scienze sociali. Ciò implica che ognuno sia capace di comprendere il proprio ruolo e quello degli altri membri dell'équipe. Non solo. L'estrema specializzazione ha messo in evidenza come sia pur sempre indispensabile considerare l'uomo nella sua unità bio-psichica e sociale, e come non si possa trattare un singolo organo senza comprendere tutto l'insieme. È necessario, dunque, che il medico o l'infermiera o l'ostetrica conoscano prima di tutto l'individuo nella sua unità. Per questo si è andato sempre più rivalutando il medico generico o di famiglia, si è cominciato a parlare di qualificazione speciale per questo medico, si è cercato di ricondurre la preparazione di base del personale sanitario ad una formazione che prima di tutto renda possibile questa comprensione. Si è introdotta la psicologia e la sociologia per comprendere l'uomo nel suo "essere sociale".

Inoltre, come abbiamo visto, l'affinarsi della tecnica e l'approfondirsi delle conoscenze relative alla salute ed alle malattie hanno aperto in modo sempre più chiaro e definito vaste prospettive alla prevenzione.

Ma la prevenzione ha molti significati. Vuol dire controllare lo stato di salute e

ricercare le deviazioni precoci dalla norma (visite di medicina preventiva), ma vuol dire anche controllare il rapporto tra l'individuo e l'ambiente, l'ambiente naturale corrotto dalle attività umane (inquinamenti) o l'ambiente sociale creato dall'uomo (es. attività lavorative).

Non solo un problema di applicazione di tecniche mediche (schermografia, analisi cliniche, citodiagnosi), ma si tratta di controllare la organizzazione delle città, l'impostazione delle attività lavorative, si tratta di studiare i problemi sociali e di risolverli sul piano politico.

Non è più solo impegno del personale sanitario, ma è anche impegno del personale sanitario. Il personale sanitario non può limitarsi a constatare i danni, ma deve studiare e prevedere, e così prevenire le conseguenze. Si pone così di nuovo una esigenza per la formazione di base: assicurare un collegamento con gli amministratori e la popolazione. Una formazione che non si limiti al letto del malato, ma che consenta di comprendere l'individuo nel suo ambiente fisico e sociale. Ed anche una revisione delle funzioni nell'ambito dei servizi, che permettano uno scambio di personale tra attività domiciliari ed ospedaliere, curative e preventive, scambio ovviamente favorito dalla globalità del servizio stesso.

Ma la prevenzione richiede anche un impegno maggiore e diverso della popolazione. L'azione sociale e politica è irrealizzabile senza che tutta la comunità partecipi a risolvere il problema comune. Ne è esempio, in questo momento, l'impegno di larghi strati di popolazione in diversi paesi tecnologicamente avanzati per la lotta agli inquinamenti e la difesa dell'ambiente.

Ed inoltre il comportamento del singolo nei confronti di abitudini personali che

influiscono sulla salute si dimostrato in molti casi determinante. Si posto così il problema dell'educazione sanitaria, che non può essere che compito in primo luogo del personale sanitario. Ma proprio questo impegno educativo chiede una modifica di rapporti con il singolo e con i gruppi, non è più sufficiente il rapporto magico, autoritario. Si richiede un intervento che offra informazioni adeguate per intendere i problemi e che comprenda gli aspetti psicologici e sociali legati ai singoli comportamenti. In questo momento la crisi del rapporto con il medico o con il personale sanitario non è solo, e non tanto, legata alla crisi delle strutture, alla mutualità, alla gratuità, come potrebbe apparire ad una analisi superficiale, ma piuttosto al fatto che la gente sente il bisogno di comprendere, di avere un rapporto più alla pari. La maggiore disponibilità dei mezzi d'informazione, la circolazione di notizie e di idee, ci fa trovare di fronte a persone che hanno bisogno di maggiori attenzioni dal punto di vista educativo. Le due esigenze, quella di avere una popolazione che sappia meglio difendersi dalle malattie, e quella di avere un rapporto più collaborativo con il medico, richiedono che il personale sanitario assuma un ruolo attivo educativo e acquisisca, quindi, questa attitudine nella sua preparazione di base.

L'educazione sanitaria sta diventando parte della formazione del personale paramedico e sempre più spesso anche di quella dei medici; nuove facoltà, in Inghilterra, come quella di Nottingham, iniziano i corsi di medicina proprio con le scienze sociali e l'educazione sanitaria.

1.2.2. La funzione del personale sanitario va vista nell'ambito della nostra realtà e nelle prospettive della riforma



rio Nazionale ha caratteristiche proprie, che derivano dal riconoscimento della funzione sociale del servizio e, quindi, delle professioni sanitarie. Le esigenze per la preparazione del personale sanitario possono essere esaminate da più angolature.

1.3.1. L'impostazione concettuale della medicina moderna e del S.S.N. richiede, come abbiamo detto, una preparazione che veda l'uomo nel suo ambiente. Si pone, quindi, il problema di rivedere l'impostazione dei programmi teorici e dei tirocini pratici.

Varie esperienze si stanno facendo in tutto il mondo. La nuova Università di Nottingham, ad esempio, ha impostato gli studi medici in modo tale che gli studenti cominciano proprio ad analizzare l'uomo e i suoi rapporti con l'ambiente con una introduzione alle scienze sociali ed alla educazione sanitaria. Su questo punto ha insistito più volte l'O.M.S., che nell'ottobre 1969 ha organizzato ad Hannover un seminario proprio sul tema "Le scienze sociali nell'insegnamento medico". Ci sembra interessante riportare i cinque punti che sintetizzano la funzione dei corsi di scienze sociali nella preparazione del medico:

- Aiutare lo studente a comprendere profondamente la concezione unitaria del comportamento umano che tiene conto di apporti provenienti da condizioni innate nel malato, dal suo livello di sviluppo, dallo stato psico-fisiologico, dalla situazione sociale e dalle esperienze culturali.
- Stimolare lo studente a comprendere i metodi per osservare e per comunicare. Ciò per stabilire migliori comunicazioni con il malato, per comprenderlo e per interpretare i suoi problemi.

- Aiutare lo studente a comprendere i termini della variabilità dei comportamenti e il significato di «normale» o «anormale», al di là del concetto di generalizzazione ammesso in biologia.
- Aiutare lo studente a comprendere l'influenza dei suoi consigli sulle scelte di valori fatte dal paziente, e le possibili reazioni del malato alla consultazione medica.

Comprensione del contesto culturale e amministrativo nel quale egli chiamato ad esercitare la professione, e conoscenza del ruolo che la medicina può giocare nella società.

Lo stesso documento suggerisce che tali concetti vengano presentati nel periodo preclinico attraverso la discussione dei seguenti problemi: scienze sociali e concetto unitario del comportamento; sviluppo dell'uomo (rapporti tra lo sviluppo anatomico-fisiologico e sviluppo della personalità, la posizione nella società); reazioni dell'uomo alla malattia; comunicazione tra medico e malato; organizzazione dei servizi medici; l'uomo e società.

Come si vede, le raccomandazioni dell'O.M.S. cercano di aprire lo studente ai problemi umani, presentando l'uomo nella sua complessa realtà. È, ovviamente, una rivoluzione nei confronti di quanto si fa ora, che per almeno tre-quattro anni l'uomo non appare nell'orizzonte dello studente, se non come cadavere o complesso di reazioni chimiche.

1.3.2. Il lavoro di équipe pone anch'esso problemi alla preparazione.

Le varie branche della professione e le varie professioni debbono partire da una comprensione comune del servizio e dei propri ruoli nel servizio. Questo

richiederebbe una minor frammentazione della preparazione di base ed anche maggiore comunicabilità tra le professioni. Certi corsi propedeutici come quelli di Scienze sociali potrebbero essere comuni alle varie professioni sanitarie. Una preparazione in parte comune stata ipotizzata nel Seminario tenuto dall'O.M.S. sui metodi moderni di insegnamento medico (Alcalá de Henares, Madrid - 6-10 aprile 1970), proprio per rompere le barriere che esistono tuttora tra i medici e l'altro personale sanitario. Nella discussione tecnica alla 23 Assemblea Mondiale della Sanità (1970) una proposta simile veniva avanzata dal Presidente (prof. P.N. Wahi), che si chiedeva se non si dovesse, nel pianificare l'educazione del personale sanitario, pensare a creare centri di formazione per più categorie professionali mediche e paramediche, piuttosto che continuare ad istituire le tradizionali facoltà di Medicina. Si tratta di scegliere se continuare una preparazione indipendente per differenti gruppi, o avere un piano pluridisciplinare comune, utilizzando in comune risorse di strutture e di personale insegnante. È un problema nuovo ed interessante, che va pensato, in questo momento di rinnovo delle strutture sanitarie e scolastiche nel nostro paese. Sarebbe un modo per migliorare la comunicazione tra le professioni, per rendere più flessibili gli scambi da un orientamento all'altro, per eliminare le barriere che l'organizzazione autoritaria dei servizi ha sempre più consolidato.

1.3.3. Altre considerazioni possono scaturire dalle implicazioni presenti nell'evoluzione rapida della scienza, per cui si rende necessaria una continua valutazione della corrispondenza dei servizi ai bisogni e della corrispondenza del



personale ai servizi, e di conseguenza un continuo adattamento reciproco.

Ciò pone il problema della flessibilità della preparazione, in modo che sia il meno settoriale possibile e possa permettere l'adattamento e la riconversione del personale a seconda delle esigenze. È necessaria, quindi, almeno una preparazione di base comune per i vari filoni delle diverse professioni, sulla quale si impiantino le specializzazioni.

Se noi abbiamo, ad esempio, un filone comune di preparazione infermieristica,

si potrà trasformare una infermiera ostetrica in pediatrica, una infermiera generale in psichiatrica e così via, a seconda dei fabbisogni.

1.3.4. Infine altre implicazioni per le strutture educative derivano dalla necessità di una educazione ricorrente o permanente che permetta ad ogni operatore di mantenere contatti con l'evoluzione della scienza e della sua professione.

Nel futuro Servizio Sanitario Naziona-

le, questo problema non può essere trascurato. Anzi, dovrebbe essere il primo intervento da mettere in opera, da iniziare ancor prima della riorganizzazione dei servizi, per permettere ad ognuno di svolgere il proprio ruolo nel mondo più aderente alle richieste del futuro servizio. Sono i servizi stessi che si debbono preoccupare di questo, l'aggiornamento in questo caso è un bisogno sociale e non può essere lasciato agli sforzi del singolo; è necessario che venga previsto come spesa sociale e quindi inserito nei bilanci del Servizio Sanitario.