



ITIS VOLTA

di ALESSANDRIA

L'OSPEDALE e La MEDICINA

MUTUALISTICA

Coordinamento

CGIL-CISL-UIL «Diritto allo studio - 150 ore» - via Pontida 6 - Alessandria

questo fascicolo

Questo fascicolo contiene una sintesi (non certo gli atti e il dibattito) del corso monografico "150 ore" tenuto all'ITIS "Volta" di Alessandria dal 2 al 18 marzo 1978 sul tema "L'ospedale e la medicina mutualistica". Il corso si è articolato in otto incontri ed è stato seguito dalla classe III E (nonchè, in alcune fasi, da studenti di altre classi) e da un gruppo di lavoratori di cui si darà tra poco notizia.

Relatori sono stati tre medici, operanti a tempo pieno presso l'Unità coronarica dell'Ospedale cittadino: Giuseppe Carosio, Mario Ivaldi, Pier Antonio Ravazzi. Sono pure intervenuti operatori sindacali e delegati ospedalieri. Organizzatori del corso sono stati, dall'interno dell'ITIS, Enzo Cristaldi e Giorgio Canestri. Autore della prima stesura di questa sintesi, poi integrata con i relatori, è lo studente Paolo Bodrato in collaborazione con i suoi compagni di classe.

I lavoratori iscritti erano 34, ma di essi ha garantito una partecipazione effettiva il 64 per cento. La ripartizione dei frequentanti per categoria, è risultata la seguente: 9 metalmeccanici, 6 ospedalieri, 2 casalinghe, 1 enti locali, 1 chimici, 1 FF.SS., 1 studente universitario, 1 insegnante "150 ore". Le ragioni dello scarto fra iscritti e frequentanti sono attribuibili a cause diverse. Tra le più generali, l'atteggiamento degli imprenditori, ostili da sempre alla "filosofia" delle "150 ore" (interpretazioni limitative delle norme contrattuali, non riconoscimento dei corsi monografici come momento di formazione, cambio turno quale condizione necessaria per la partecipazione ai corsi dell'obbligo...) e il rilancio attualmente in atto di una "cultura" crudamente aziendalistica, secondo cui "lo studio diventa un lusso incompatibile se si vuole uscire dalla crisi". Insieme, un calo di "tensione" all'interno del movimento sindacale rispetto all'utilizzo di questa parte importante del diritto allo studio in un momento di duro attacco al diritto al lavoro. Significativo

in questo senso è stato il mancato coinvolgimento, più volte sollecitato, dei lavoratori, e in particolare dei lavoratori ospedalieri, nella fase di costruzione del corso.

Tuttavia, a parte le questioni critiche e autocritiche che affronteremo in altra sede, il corso si è svolto, i partecipanti ne hanno tratto elementi di informazione e di riflessione di grande utilità, e - novità da sottolineare - l'iniziativa si è trasmessa al Liceo Scientifico di Alessandria, presso la IV E, con la realizzazione di alcuni incontri sullo stesso tema tra la fine di aprile e i primi di maggio. Si è così ulteriormente estesa la pratica dei corsi "150 ore" non solo ai livelli di alfabetizzazione e di scuola media dell'obbligo, oppure a quelli seminariali appoggiati a facoltà universitarie. Si è ulteriormente estesa la pratica dei corsi "150 ore" nella secondaria superiore in orario di lezione normale, con l'intervento dei lavoratori nella realtà della "scuola del mattino" e il riconoscimento a tutti gli effetti, per gli studenti, dell'attività svolta. Un altro piccolo, ma non insignificante contributo, alle problematiche del rapporto scuola-lavoro, scuola-istruzione ricorrente e permanente.

Gli iniziatori di questa esperienza, nella nostra provincia, sono stati l'ITIS "Volta" di Alessandria (giunto quest'anno alla terza edizione consecutiva), il Liceo Classico "Plana" di Alessandria (due edizioni), il Liceo Scientifico "Parodi" di Acqui Terme (due edizioni), il Liceo Scientifico "Palli" di Casale (un'edizione), il Liceo Scientifico "Galilei" di Valenza (un'edizione), l'ITIS "Sobrero" di Casale (un'edizione), su argomenti che hanno toccato l'organizzazione del lavoro, l'ambiente e la salute; momenti di storia del movimento operaio italiano; la legislazione del lavoro; la questione meridionale; le origini della società capitalistica; il piano regolatore di Alessandria.

Accanto alle iniziative nella secondaria superiore operanti quest'

anno all'ITIS "Volta" e al Liceo Scientifico "Galilei" di Alessandria al Liceo Scientifico "Parodi" di Acqui Terme e all'ITIS "Sobrero" di Casale, sono continuati, in crescendo, i corsi di alfabetizzazione e di recupero della media dell'obbligo, e si sono ulteriormente sviluppati quelli appoggiati a facoltà universitarie. Il 1978 ha infatti visto le seguenti iniziative: "Ambiente di lavoro e salute" in collaborazione, a Felizzano, con l'Istituto di medicina del lavoro dell'Università di Pavia; "La salute della donna" in collaborazione, in Alessandria, con la Facoltà di Scienze politiche dell'Università di Torino; "La sistemazione del bacino dell'Orba per finalità plurime" in collaborazione, a Ovada, con l'Istituto di Idraulica della Facoltà di Ingegneria dell'Università di Genova; "Nascita e primo sviluppo dei movimenti politici in Italia tra '800 e '900" in collaborazione, in Alessandria, con la Facoltà di Scienze politiche dell'Università di Torino, comprendente un'interessantissima incursione nella storia locale; "Indagine sulle strutture delle macchine utensili in provincia di Alessandria" in collaborazione con le Facoltà di Scienze politiche e di Magistero dell'Università di Torino.

Tale è il quadro, relativo al 1978, delle esperienze "150 ore" nella nostra realtà. Questo fascicolo ne è un momento, e lo dedichiamo a quanti avranno volontà di utilizzarlo, discuterlo e approfondirlo, facendosi promotori di nuovi progetti. Anche perchè, malgrado il lavoro già svolto, le valenze politiche e culturali delle "150 ore" sono ancora, in gran parte, da scoprire e da praticare.

L' OSPEDALE MODERNO

Per ospedale moderno si intende una struttura funzionale, con un organico amministrativo, medico e paramedico efficiente e ben preparato, un complesso di servizi e reparti organizzati, a disposizione di tutti coloro che hanno necessità di essere ospedalizzati in seguito a qualche infermità acuta e che inoltre risponda a tutte le principali esigenze espresse dal territorio sul quale opera.

Oggi ben pochi ospedali in Italia rispondono pienamente a questi requisiti: prendiamo ad esempio quelli che operano nella nostra provincia; essi non ci paiono insufficienti come numero e come dimensioni, ne abbiamo dislocati un poco dovunque: oltre a quello di Alessandria, ad Ovada, Acqui, Gavi, Novi L., Serravalle, etc; con un numero di posti letto tra i più alti d'Italia e notevolmente superiore a quello indicato come ottimale dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Tutti questi ospedali, sono la copia precisa l'uno dell'altro e in piccolo, dell'ospedale principale, fornendo tutti una genericità di intervento ed insufficienza dello stesso assoluta. Ben diversa sarebbe la loro funzione in un concetto dipartimentale (°) interospedaliero, in cui ognuno di questi enti si specializzasse in modo complementare agli ospedali vicini in modo da assicurare prestazioni specialistiche e nel contempo una generalità di interventi rispetto alla patologia espressa dal territorio in cui operano.

LE CAUSE DEL DISSERVIZIO ATTUALE

Le cause di queste disfunzioni per gli ospedali sono molteplici:

1) innanzi tutto la legislazione (vedi voci bibliografiche 1-2-3-4), insufficiente e che per lungo tempo ha tenuto d'occhio una realtà funzionale da opera pia, quando l'utenza era costituita quasi esclusivamente da persone indigenti e le finalità che simili istituzioni si prefiggevano erano esclusivamente di beneficenza.

Tale situazione di arretratezza legislativa è stata in parte superata nel 1968 grazie alla così detta riforma Mariotti, ma solo per l'aspetto ospedaliero del problema sanità, mentre del tutto dimenticata è rimasta la realtà extraospedaliera ed universitaria. Esaminando più particolareggiatamente questo campo della legislazione sanitaria dobbiamo risalire al 1890 quando furono istituzionalizzate le prime divisioni ospedaliere (9-10-11), le prime camere operatorie etc., leggi, che a dire il vero, miravano più a salvaguardare il patrimonio dell'ente che la salute dei cittadini, tanto che a quei tempi si facevano ricoverare solo i meno abbienti, mentre gli altri ricorrevano alla figura del medico di famiglia. Poco cambia anche con la nascita della convenzione ospedaliera e delle mutue, nel 1930.

Solo nel 1968, come abbiamo già detto, comincia qualche effettivo cambiamento in tema di sanità, viene infatti varata la legge Mariotti che toglie agli ospedali finalmente l'etichetta di opere pie, introducendo, come momento gestionale, i consigli di amministrazione, espressione delle forze politiche, facendo definitivamente decadere il vecchio concetto di gestione legato al fondatore benefattore e ai suoi successori. Ancora la legge Mariotti elenca tutta una serie di compiti istituzionali: la ricerca e la cura delle malattie, la sicurezza dell'ambiente di lavoro, la tutela della maternità ed infanzia, la salute dell'età involutiva, la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie, per accennarne ad alcuni.

2) Il super affollamento degli ospedali, conseguenza da un lato delle carenze, quando non della mancanza, di servizi ambulatori diagnostici operanti sul territorio che permettano di non ricorrere costantemente al ricovero ospedaliero di fronte ad una esigenza diagnostica quale essa sia, per cui oggi il 90% dei ricoveri è decretato dal medico mutualista con criteri che spesso sfuggono ad ogni logica sanitaria; dall'altro dalla mancanza di una struttura filtro alle porte dell'ospedale che valuti la reale esigenza di ospedalizzazione.

(°) Per organizzazione dipartimentale, in questo caso, intendiamo un servizio che, riconoscendo le esigenze sanitarie della provincia, risponda ad esse con tutte le strutture ospedaliere operanti nel territorio, con una finalità organizzativa che esca dalla particolarità del singolo ente, per tener conto delle più ampie esigenze provinciali e regionali. In pratica specializzare gli ospedali e non più o non solo le divisioni di ogni singolo ente. Migliorando inoltre le dotazioni di ciascun ospedale, anche piccolo, per quanto riguarda il problema del malato in stato di emergenza, per il quale il fattore tempo diviene spesso un elemento di vitale importanza.

Un altro aspetto del problema è la tendenza che si è venuta sempre più affermando nel tempo, anche perchè spesso secondata dal potere politico, di utilizzare a fini privati dell'ente pubblico tanto da parte dei sanitari, quanto dei politici amministratori e della cittadinanza; ospedalizzando ad esempio i parenti anziani o scomodi in quanto inabili, e dimenticandosene talvolta indefinitamente.

3) Scarsità non tanto di apparecchiature, per le quali, in un modo o nell'altro i quattrini si reperiscono sempre, (a volte con sottoscrizioni pubbliche) ma carenza paurosa di personale tecnico, medico e paramedico in grado di farle funzionare a pieno regime. Questo problema è diretta conseguenza delle carenze della scuola, a livello ospedaliero per il personale paramedico e a livello universitario per quanto riguarda la preparazione del personale medico. Mentre per il problema del personale infermieristico, una possibile soluzione pare prospettabile con le proposte presentate dalle confederazioni sindacali e con l'articolato regionale (5), molto più complessa pare la soluzione del problema universitario, stante il silenzio oramai decennale del potere politico a questo proposito e le resistenze che il mondo accademico oppone a qualsiasi ipotesi di cambiamento della situazione attuale.

Un non cambiamento radicale e soprattutto razionale del problema università, pone una seria ipotesi sulla possibilità reale di ovviare alle gravi lacune che oggi attanagliano il sistema a livello di farmaci e di ricerca.

Oggi però, in una situazione di estrema carenza di personale infermieristico e tecnico ad ogni livello, negli ospedali si utilizza per qualsiasi funzione, il personale ausiliario, quel personale cioè a cui spetterebbero compiti esclusivamente di pulizia e di aiuto manuale nell'assistenza al malato e che a poco a poco si vede elevato a compiti sempre più professionali e di responsabilità, quali esecuzione di iniezioni, prelievi, effettuazione di terapie etc.

4) Carenza del servizio di pronto soccorso ed accettazione, dove si trova abitualmente un giovane medico, alle prime armi, per cui il suo intervento nei confronti del malato da ricoverare si limita a seguire le indicazioni del medico curante, poste come abbiamo visto con quale attenzione; quando però si tratta di un malato necessitante di terapie urgenti, quale un traumatizzato della strada, un infortunato etc, allora il medico del pronto soccorso non può far altro che fidarsi del proprio intuito e spesso il suo intervento si limita a cercar di reperire il più presto possibile il medico che ritiene più utile per quella data emergenza, il rianimatore, il cardiologo, il neurologo, od altro specialista perdendo in questo modo minuti preziosi, senza contare il disagio psicologico del medico stesso costretto ad operare in condizioni tanto drammatiche e di responsabilità.

In moltissimi casi la tempestività di intervento è fondamentale per la vita del paziente.

Oggi nel nostro ospedale le sale di rianimazione, l'unità coronarica, l'ortopedia, sono dislocati lontani dal pronto soccorso e non sono stati predisposti, all'uopo, dei percorsi preferenziali o degli ascensori riservati; pertanto la sopravvivenza di un malato può dipendere dal reperimento dell'ascensore e dalla velocità dei portantini.

E' evidente che tale situazione di estrema gravità oggi si realizza e si mantiene nel nostro ospedale non solo per una carenza legislativa, ma anche e soprattutto grazie ad una carenza organizzativa.

Non sarebbe infatti irrealizzabile, nonostante le ristrettezze dei nostri organici, pensare a riunire al pronto soccorso un certo numero di specialisti, sufficientemente esperti che si possano fare carico delle emergenze, salvando letteralmente delle vite umane.

5) Un'altra grave carenza del nostro ospedale si realizza a livello delle medicine e delle chirurgie generali ove per generale si intende generico, ove tutto si cura, ma nulla ad un livello da ospedale moderno. Infatti oggi quando si tratta di un malato con esigenze di intervento specialistico, anche banale, ci riferiamo alle disendocrinopatie (malattie interessanti le ghiandole a secrezione interna), alle nefropatie (malattie dei reni), ai dismetabolismi (basti pensare ai diabetici), egli non ritrova, al di là della competenza casuale di un singolo medico, quelle strutture atte a farsi carico del suo problema ed è costretto, per farsi curare, ad emigrare in altre città spesso distanti centinaia di chilometri, con i disagi che tutti possiamo immaginare. Tutto questo accade ancora per una singolare carenza organizzativa, infatti complici i medici stessi, non si è voluto mai, nel nosocomio della nostra città, aprire strutture specialistiche, quando sarebbe estremamente semplice dare ad ogni divisione medica (sono ben 3) accanto ad una veste generale una competenza specialistica.

6) Un ulteriore elemento di distorsione riguarda più da vicino i sanitari in genere ed i primari in particolare: infatti per l'assurdità del sistema gerarchico vigente negli ospedali del nostro paese, unico esempio nel mondo occidentale, tutto è affidato al primario, che è, a vita, unico depositario di ogni sapere, tutto a lui compete, e nei fatti nessuno è in grado di chiedere spiegazioni o motivazioni di qualsiasi comportamento o decisione. E', una simile organizzazione del lavoro, prima che assurdamente antidemocratica, non funzionale, vista la vastità ed estensione della moderna patologia. Un simile assolutismo dovrebbe perlomeno far pensare, basti immaginare per assurdo alla possibilità, per un primario, di periodici accessi di follia, per rendersi conto di quali rischi potremmo consciamente correre.

Ma non tutte le colpe sono imputabili ai primari, è estremamente grave che tra i medici in genere manchi o meglio si rifugga da qualsiasi collaborazione, cosicché ciascuno tende a restringere il campo dello scibile medico a quanto egli stesso sa, non realizzandosi a nessun livello quello scambio di esperienze che significa acquisizione di nuove conoscenze, nè quella collaborazione tra specialisti diversi che significa un reale allargamento delle competenze di fronte alla malattia.

Un ultimo aspetto ascrivibile agli operatori medici è lo scarso grado di preparazione tecnica, impreparazione che certo riconosce le sue cause a livello di una università assolutamente inadeguata ai compiti di formazione che le si richiedono. Basti pensare a questo proposito la mancanza quasi assoluta di attività didattiche pratiche di corsia o di sala chirurgica, alle carenze di collegamento tra materia e materia nei corsi che finiscono col dare al futuro medico una visione distorta, a compartimenti stagni della medicina.

Sarebbe necessario che il personale durante e dopo la laurea, potesse far pratica in centri ospedalieri, per poter acquisire quelle nozioni e quel bagaglio di esperienze pratiche che oggi non vengono insegnate sui banchi dell'università.

Uscendo ora dal momento ospedaliero andiamo a verificare che cosa oggi è presente sul territorio a tutela della nostra salute.

LE MUTUE

Sono le strutture che si occupano dell'assistenza di base di tutti (o quasi) i cittadini.

Furono istituite verso il 1930 (12), anche se sin dal 1890 era sorta una cassa mutua marittima, finanziata dagli stessi lavoratori attraverso autotassazioni. Diversi sono gli enti mutualistici, a seconda della categoria dei lavoratori che tutelano (INAM, INADEL, MUTUA ARTIGIANA, etc.), sino a poco tempo fa erano finanziate direttamente tramite trattenute mensili sulle buste paga o a mezzo di cartelle esattoriali, ultimamente sono passate direttamente a carico dello stato che provvede a finanziarle con un capitolo a parte del fondo sanitario nazionale. (19 - 20)

Nate da esigenze elementari quali quelle di assicurare un intervento gratuito nei confronti delle malattie, si sono rilevate, via via, strumenti da un lato inadeguati e dall'altro estremamente costosi, finendo per pesare in modo diretto o indirettamente (piaga dell'assenteismo legalizzato da dichiarazioni compiacenti) pesantemente sul bilancio dello stato.

Le cause di questo processo di scandimento sono molteplici, ma la fondamentale si deve certamente ricercare al livello della classe medica che ha recepito e continua a recepire la mutualità in termini di libera professione, innescando un meccanismo commerciale ed economico in cui poco o nulla c'entrano le esigenze sanitarie. Fenomeni assurdi di competizione tra medici a colpi di ricette, svillimento della prestazione sanitario a livello di puro servilismo nei confronti dei mutuatati, sempre in un ottica economicistica del problema. Oggi ci troviamo di fronte ad un processo veramente incredibile, una domanda di sanità dilagante tra l'utenza, nella grande maggioranza dei casi scorretta, scorretta per l'opera diseducatrice svolta dai sanitari, che vedendo nell'atto medico esclusivamente il lato economico, hanno finito per creare un mercato di prestazioni sanitarie assolutamente fittizio, creando infine anche una carenza sul piano tecnico estremamente seria, che a sua volta ha prodotto una situazione di diffidenza da parte dell'utenza nei confronti del medico, diffidenza che spesso si tramuta in una ricerca affannosa dell'altro medico, dell'altro esame che ridiano tranquillità al malato o al presunto tale.

Di qui gran parte delle disfunzioni: un sistema sanitario come quello italiano che, nonostante goda di un rapporto medico-paziente tra i più bassi del mondo, (18 - 17) vede gli studi dei medici sempre

estremamente affollati e d'altro canto una fuga sempre più marcata di pazienti all'estero alla ricerca di una risposta ai loro problemi, che il sistema non è più in grado di soddisfare.

Al termine di questa strada intrapresa lungo tempo fa, c'è quella situazione caotica che sta davanti agli occhi di tutti, ambulatori affollati dei problemi più vari e quasi sempre non primariamente sanitari, settimane di attesa per poter eseguire un'indagine specialistica, ospedali pieni da scoppiare di non malati il più delle volte (14), in una parola un consumismo sanitario assoluto.

A questo livello si inserisce anche il problema del consumo dei farmaci, che ha raggiunto e superato nel nostro paese, di gran lunga il livello di guardia; infatti spesso si è costituita con la prescrizione del farmaco, la corretta operazione di diagnosi della malattia. Parlando di territorio in termini sanitari, non è possibile dimenticare, come ha fatto la nostra medicina pubblica, il problema della prevenzione che trova la sua corretta collocazione a livello di ricerca scientifica e di studio delle condizioni inquinanti derivanti dall'ambiente. Nel nostro sistema sanitario c'è molta confusione e spesso si finisce di confondere diagnosi precoce con prevenzione, per cui si creano costosi carrozzoni per "prevenire" i tumori, creando lo striscio vaginale o similari, ma non si spende una lira, letteralmente, per andare a risanare e a ricercare quelle fonti di inquinamento sul territorio che molto spesso sono direttamente o indirettamente all'origine delle malattie degenerative.

Che cosa fare di fronte ad una situazione oseremo dire catastrofica per di più in una situazione di carenza economica come l'attuale? Alcuni interventi, specie a livello di ospedale, sono stati provvisti dal potere politico e paiono essere adeguati, ammesso che ancora una volta non avvenga quel processo degenerativo che trasformi questi interventi in qualcosa di diverso, come è avvenuto per il sistema mutualistico.

Ma prima di entrare nel merito di tali provvedimenti, ci pare opportuno sottolineare un concetto generale e cioè che, perchè avvenga un reale miglioramento nella maniera di erogare un servizio, è necessario che l'utenza, in questo caso i cittadini tutti, si avvicinino al problema non più in atteggiamento acritico, delegando tutto di volta in volta al tecnico, o al politico di turno, ma consci di ciò che quel servizio è in grado di fornire e dei propri diritti, si pretenda un corretto e pieno servizio. In termini di sanità è necessario che si inizi a svolgere una corretta informazione ed educazione sanitaria, da parte degli organi dello stato e da parte dei tecnici. Tale processo educativo che nasce inevitabilmente da un più lato livello di coscienza sociale e politica è già in atto in molte parti del nostro paese ed è proprio questo diverso livello di coscienza sanitaria che giustifica le diversità, a volte macroscopiche, nella maniera di erogare il servizio, pur avendo a disposizione gli stessi strumenti nelle diverse regioni e città italiane.

IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA (6 - 15)

L'istituzione dei dipartimenti di emergenza è stata sancita da ordinamento regionale che in via sperimentale indica i centri ove dovranno essere istituiti e le forniture di materiali e di personale medico e paramedico di cui dovranno essere provvisti.

La legge regionale indica due tipi di dipartimento di emergenza, una di primo livello, meno sofisticato diciamo così e uno di secondo livello nel quale vengono riconosciute tutte le esigenze di intervento. Insito in questo piano è un concetto anch'esso nuovo e forse ancora più innovatore, il concetto di territorio, definendo come in termini ospedalieri si debba rispondere all'emergenza, con una risposta globale territoriale.

L'entrata in funzione di tali strutture dovrebbe ovviare ad almeno due problemi, immediatamente: la diagnosi e la cura dei malati che versano in condizioni di emergenza e il selezionamento dei malati ricoverati.

Ma certo più grande sarà il cambiamento che essi dovranno apportare, in un'ipotesi di loro corretto funzionamento, sul territorio, che si dovrà adeguare a nuovi compiti, venendo meno quel comodo strumento che era il ricovero in ospedale, ai medici operanti nella medicina di base.

Nell'ospedale si dovrà ritrovare un nuovo livello, certamente più alto, di erogazione del servizio.

Un altro aspetto insito nel concetto di dipartimento, è il superamento del concetto di primario, così come è espresso oggi nei nostri ospedali, il primario infatti non è presente come tale nei dipartimenti e se in essi dipartimenti dovrà un giorno rientrare, vi dovrà rientrare con delle caratteristiche ben diverse

che vedranno in lui il medico anziano esperto, a cui ci si potrà rivolgere per aiuto e consiglio, ma non certo il padrone assoluto dell'ospedale.

Crediamo quindi che il dipartimento di emergenza costituisca nei fatti elemento sufficiente per superare gravi contraddizioni che attanagliano, dal punto di vista funzionale, gli ospedali e ancora di più elemento capace di svolgere un'opera di profondo rinnovamento in tutto il servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda il territorio, per quanto i discorsi paiano tutti fatti sull'acqua in carenza di chiare indicazioni politiche, che possono giungere soltanto da una riforma sanitaria (7-8-16), inderogabile appare un recupero della figura tradizionale del medico di famiglia, di un tecnico cioè profondamente inserito nell'ambiente in cui opera, sgombrando il campo da dubbi e da miraggi di libera professione là dove invece chiaramente esiste soltanto medicina pubblica in rapporto di impiego.

Aspetti di secondaria importanza, ma comunque anch'essi non trascurabili, per un miglior funzionamento della medicina di base, la creazione di una cartella clinica per tutti i cittadini, che contenga tutte le notizie, dalla nascita, inerenti la salute di ciascun cittadino, la standardizzazione della prestazione sanitaria su tutto il territorio nazionale, unificazione che può realizzarsi sostituendo alla miriade di enti mutualistici, ciascuno con un suo particolare ordinamento, un servizio sanitario nazionale.

Aspetto meno trascurabile pare infine la creazione di tutta una serie di strutture a fini preventivi, che dovrebbero ancora avere il loro punto fermo nella figura del medico di base, ma che si dovrebbero inoltre articolare in tutta una serie di strutture altamente specializzate che dovrebbero affiancare e completare l'intervento in questo campo. Non possiamo a questo proposito dimenticare che, in gran parte, il problema della prevenzione è un problema prettamente politico e che come tale potrà essere pienamente risolto in sede politica e sociale.

I POLIAMBULATORI TERRITORIALI

Da tutti questi problemi, nasce l'urgenza della riforma sanitaria, lo smantellamento delle mutue (che d'altronde doveva già avvenire per effetto della legge 386 del 1974), con un'assistenza uguale per tutti i cittadini e l'utilizzo degli ambulatori mutualistici esistenti da trasformare in poliambulatori territoriali con personale medico e paramedico in grado di farli funzionare da filtro tra medico di base e centri ospedalieri, onde evitare l'affollamento di questi ultimi, mettendoli così in grado, a poco a poco, di svolgere la vera funzione per cui sono nati: diagnosticare, guarire con terapie e interventi, usare tutte le strutture in possesso di questi centri solo per coloro che, per il tipo di malattia di cui soffrono, hanno assoluto bisogno di essere ospedalizzati.

Occorre inoltre che il personale di questi tanto auspicati poliambulatori sia in grado di svolgere una corretta informazione sugli utenti affinché questi acquistino le nozioni più importanti per prevenire certe malattie, mettendoli al corrente di quei fattori territoriali, ambientali, ereditari, igienici etc, che concorrono al loro sviluppo.

LA PRODUZIONE DEI MEDICINALI

Un altro capitolo importante della riforma sanitaria: la regolazione della ricerca e della produzione dei medicinali. Questo dovrebbe avvenire in collaborazione tra ministero della sanità e ditte farmaceutiche finanziate dallo stesso, con mezzi sufficienti, affinché queste possano dedicarsi con serietà e profitto, alla ricerca e alla produzione di quei medicinali utili alla cura delle malattie, togliendo dal commercio tutti quei prodotti, uguali uno all'altro alla composizione, diversi solo nel nome commerciale, che a nulla servono, se non ad arricchire le case farmaceutiche che li producono.

LA FORMAZIONE SCOLASTICA E L'INFORMAZIONE

Se vogliamo realmente l'attuazione della riforma sanitaria, bene comune per tutti, dobbiamo far sì che tutte le forze ne siano coinvolte con decisione, che siano emanate e fatte rispettare le leggi.

Innanzitutto, università più serie con docenti a tempo pieno in grado di dare ai futuri medici basi solide, serie e dedite alla ricerca; poi corsi di aggiornamento, obbligatori per tutti in quanto la medicina è in continua evoluzione.

Preparazione di personale paramedico idoneo ai compiti che sarà chiamato a svolgere, coscienza e conoscenza sanitaria, anche da parte degli utenti tutti, grazie a divulgazioni e informazioni con tutti gli strumenti di diffusione sino all'utilizzo dei mass media.

FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO D'EMERGENZA

Accanto a questi provvedimenti di fondo, e che, qualora attuati, non vedranno applicazione pratica, se non a lungo termine, è auspicabile che, a breve termine, si attuino i dipartimenti di emergenza, in tutti gli ospedali di una certa dimensione, in sostituzione degli attuali insufficienti servizi di pronto soccorso. I dipartimenti di emergenza nascono a seguito di legge regionale che li istituisce in via sperimentale, dovrebbero essere dotati di mezzi diagnostici e terapeutici sufficienti a far fronte a qualsiasi emergenza medica e chirurgica. Al loro interno dovrebbero ruotare i diversi specialisti 24 ore su 24, garantendo la presenza fisica di 3 internisti, 3 chirurghi, 3 anestesisti rianimatori, 1 ginecologo, 1 neurologo, contemporaneamente.

Inoltre lavorando in stretto contatto con i diversi ambulatori, servizio di cardiologia, radiologia, ambulatorio di analisi, centro emotrasfusionale e con tutti gli specialisti dell'ospedale, cardiologi, ortopedici in primo luogo presenti in guardia attiva nelle rispettive divisioni, il dipartimento dovrebbe rivelarsi strumento idoneo, non solo a far fronte alle diverse emergenze, ma anche a fungere da filtro alle entrate in ospedale, in modo da evitare ricoveri inutili. In questa sua funzione il malato o presunto tale, munito di regolare impegnativa di ricovero redatta dal medico curante, spesso come abbiamo visto, in modo superficiale, viene sottoposto alle visite e agli accertamenti del caso e se la sua situazione non viene giudicata grave, posta la diagnosi ed impostata la terapia, viene rimandato dal medico curante con una relazione del caso. In questo modo si ottiene di evitare sovraccarichi inutili e dispendiosi dell'ospedale e dall'altro di sottoporre il paziente allo stress di un ricovero.

L'INQUADRAMENTO DEI MEDICI OSPEDALIERI

Un altro argomento non marginale è l'inquadramento dei medici ospedalieri, infatti, come è noto, i medici ospedalieri oggi possono avere due rapporti di impiego con l'ospedale, un rapporto di impiego a tempo pieno e un rapporto di impiego a tempo definito (accordo di lavoro del 1970).

Nel caso di rapporto di lavoro a tempo pieno, il sanitario è tenuto a svolgere la sua opera all'interno dell'ente per 40 ore settimanali, non può avere rapporti di impiego con altri enti e ha diritto a svolgere attività libero-professionale all'interno delle strutture ospedaliere entro limiti prefissati rigidamente di tempo e di guadagno. D'altro canto dovrebbe (usiamo il condizionale perchè di fatto nella grande maggioranza dei casi questo non accade) vedere garantita la sua esigenza di studio intesa come aggiornamento professionale di ricerca e di insegnamento.

Nel caso di rapporto di impiego a tempo definito, invece, il sanitario è tenuto a prestare la sua opera all'interno dell'ente per 30 ore settimanali, al di fuori delle quali può svolgere qualsiasi attività libero-professionale e inoltre è libero di mantenere rapporti di lavoro con altri enti quali le mutue con alcune limitazioni.

Questo porta ad una conseguenza inevitabile che, mentre il medico a tempo pieno si riconosce professionalmente nell'ospedale e ad esso dedica inevitabilmente la parte migliore di sé, il medico a tempo definito si riconosce soprattutto in una veste libero-professionale e tende a privilegiare questa a scapito di qualsiasi altra attività, determinando, magari inconsapevolmente, uno svilimento del suo ruolo di medico ospedaliero.

Anche a questo livello pare opportuno, per non dire assolutamente necessario, che il potere politico, con la riforma sanitaria e prima ancora in sede di rinnovo di contratto, sciogla i nodi e faccia delle scelte precise in tema di sanità pubblica, indicando in modo preciso quale tipo di medico costituisca il futuro medico del servizio sanitario nazionale.

Alla fine di questo corso siamo certi che lungi dal fornire risposte definitive e assolute ai problemi, e sono molti, che affliggono la sanità nel nostro paese, abbiamo anzi aumentato i dubbi, le perplessità, forse le diffidenze, ma certo abbiamo aumentato il grado di coscienza e di conoscenza che è lo strumento primo e forse l'unico per cambiare nel senso di un reale progresso le cose.

VOCI BIBLIOGRAFICHE

LEGISLAZIONE OSPEDALIERA

- 1) Legge 13/3/1958 N. 296 Costituzione del Ministero della Sanità
- 2) Legge 12/2/1968 N. 132 Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera
- 3) D.P.R. 27/3/1969 N. 128 Ordinamento interno dei servizi ospedalieri
- 4) D.P.R. 27/3/1969 N. 130, Classificazione del personale ospedaliero e ammissione agli impieghi

NUOVA IPOTESI SULLA FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

- 5) "Documenti", P.S.S. N. 19; 1/11/1976

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

- 6) Documento: ipotesi di strutturazione del dipartimento di emergenza ed accettazione di 2° livello presso la sede MOLINETTE
- 15) Delibera della regione Piemonte 30/4/1975 Creazione di una prima rete di dipartimenti di emergenza e di accettazione

AVVIO ALLA RIFORMA SANITARIA

- 7) D.L. 8/7/1974 N. 264, modificato e convertito in legge N. 386 del 17/8/1974
Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, finanziamento della spesa ospedaliera
- 8) Riforma sanitaria: proposte legislative, presentate dal Governo da P.C.I. - P.S.I. - P.L.I. - P.D.U.P. su "Iniziativa Ospedaliera" anno XVIII, N. 3 - Aprile 1977
- 16) Il costo della riforma "Prospettive socio-sanitarie" N. 6, anno VII - 1/4/1977 pag. 8

ISTITUZIONE DEGLI OSPEDALI E DELLE MUTUE IN ITALIA

- 9) Legge 17/7/1890 N. 6972 Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza
- 10) Regolamento amministrativo - Regio decreto 5/2/1891 N. 99
- 11) Regolamento contabilità - Regio decreto 5/2/1891 N. 99
- 12) Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali
Regio decreto 30/9/1938 N. 1631

MEDICI A TEMPO PIENO

- 13) Legge del 29/6/1977 N. 349 Art. 12 Comma I

PROBLEMA ANZIANI

- 14) L'assistenza socio-sanitaria alle persone anziane. Proposta di linee programmatiche Regione Piemonte - Dipartimento servizi sociali - Assessorato all'Assistenza e Sanità

RAPPORTO MEDICO-ABITANTI IN ITALIA

- 17) Il boom dei laureati in Medicina "Prospettive socio-sanitarie" N. 17-18. Anno VI - 15/10/1975 - Pag. 4-5

RAPPORTO MEDICO—ABITANTI IN PIEMONTE - ANNI 1970/74

- 18) La distribuzione territoriale delle strutture e del personale "Prospettive socio-sanitarie"
N. 17-18 Anno V - 1-15/10/1975 Pag. 22-26

EVOLUZIONE STORICA DELL'ASSISTENZA SOCIALE E SANITARIA IN ITALIA

- 19) Levi-Sandri "Istituzioni di legislazione sociale"
20) Programma economico nazionale per il quinquennio 1966—70