FORMAZIONE, SELEZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SOCIO-SANITARIO DEL SERVIZIO SANITARIO NORVEGESE

Prof.ssa **Else Oyen** (*)

Il nuovo Dipartimento di Studi per la Politica Sanitaria e Sociale venne istituito all'Università di Bergen, in Norvegia, nel 1984. Il nostro obiettivo era quello di preparare studenti già in possesso di una laurea ai compiti sempre più impegnativi dell'amministrazione di uno stato sociale disorganizzato. Il piano operativo del nuovo dipartimento era sotto molti punti di vista poco tradizionale e dovette superare una serie di ostacoli prima di venire introdotto definitivamente. Oggi invece esso viene considerato come uno dei cambiamenti innovatori all'interno dell'università.

Nella relazione che segue vi presenterò per prima cosa le ragioni e la filosofia che ci hanno spinto ad avviare questo nuovo programma di formazione. In secondo luogo, esporrò il contenuto del programma, mentre la terza parte della mia presentazione si concentrerà su alcuni dei problemi sorti durante le prime fasi di introduzione del programma.

Perché occorre una nuova formazione?

Crediamo che esistano almeno quattro validi motivi che giustificano la necessità di un nuovo orientamento educativo nel campo della politica socio-sanitaria.

Dal punto di vista amministrativo, il settore sanitario e quello sociale sono entità separate: questa è la situazione normale nella mag-

---

* Dipartimento di Studi per la Politica Sanitaria e Sociale Università di Bergen, Norvegia.

gioranza dei paesi, e l'eccezione conferma la regola. I due settori sono dominati da diverse categorie professionali, e l'interscambio di conoscenze specializzate professionali tra i due settori è limitato. Essi si differenziano sia per i diversi sistemi organizzativi che nei loro parametri remunerativi, sistemi salariali e opportunità di mobilità, per citare solo alcuni degli elementi che hanno determinato il distacco tra i due settori. Tuttavia essenzialmente non esiste alcuna divisione *naturale* tra problemi sanitari e problemi sociali. I confini sono stati creati nel corso del tempo dalle categorie professionali e clienti, pazienti e utenti hanno imparato lentamente a considerare i loro problemi nella stessa prospettiva limitata. Pochi dei problemi che il singolo deve affrontare possono essere definiti come problemi puramente sociali o puramente sanitari: le esigenze sanitarie spesso creano dei bisogni sociali, e le necessità sociali tendono a generare problemi di carattere sanitario. Da più parti si è cercato di integrare meglio i due settori, ma fino ad ora con scarso successo. Le diverse strutture organizzative nonché le scuole professionali hanno creato le loro culture particolari, che non solo sono refrattarie all'integrazione, ma rendono più acuto il potenziale conflitto dello stato sociale trascurando alcuni dei fondamentali bisogni della popolazione.

Questa situazione evidenzia la necessità di un'istruzione in grado di scavalcare il fossato tra settore sanitario e settore sociale e oltrepassare i confini professionali tradizionali.

Il secondo motivo a favore di un nuovo tipo di istruzione risale alla crisi dello stato sociale o, per meglio dire, alla cosiddetta crisi che dimostra principalmente la cattiva gestione e la mancanza di capacità amministrative in questo campo. Uno dei sintomi della crisi è la inadeguatezza del coordinamento, non solo tra settore sanitario e settore sociale, ma anche tra le varie parti dei due settori e tra il settore pubblico e quello del volontariato.

La pianificazione è affidata in larga parte a personale non qualificato. Gli operatori professionali sono molto competenti nel loro campo specialistico, ma la loro formazione amministrativa è carente o inesistente. Inoltre manca loro un quadro teorico unitario per la pianificazione, e nessuno di loro è stato formato ad una visione globale (olistica) delle organizzazioni di grandi dimensioni, come ad esempio i servizi ospedalieri o di comunità. In questo contesto è possibile comprendere i conflitti che sono emersi in questo campo: parte di essi sono veri e propri

conflitti di interesse, ma altri sono causati dalla mancanza di comunicazione tra gruppi i cui canali organizzativi per la soluzione dei problemi sono inadeguati o incompatibili. Gran parte delle capacità gestionali si fondano su un'etica professionale che si è formata molto prima dello sviluppo delle organizzazioni odierne. Potreste immaginare, ad esempio, di lasciar decidere ai professori universitari quanto denaro spendere per i loro studenti e i programmi di facoltà? Nel caso dei medici ospedalieri, invece, vige un principio del tutto diverso: alcuni possono attingere illimitatamente ai fondi pubblici, a discrezione del loro senso di responsabilità. Fino ad oggi è stato più o meno dato per scontato che il principale strumento gestionale nel campo della sanità deve essere l'etica professionale individuale.

Questa situazione esige una educazione olistica nel settore socio-sanitario, basata su una vasta gamma di capacità organizzative e gestionali.

Una terza ragione a favore di questo tipo di formazione è di natura più generale, ma riguarda sia il settore socio-sanitario che altre parti del settore pubblico. La società sta subendo un rapido mutamento in vari settori, il cui impatto si ripercuote sul settore socio-sanitario, che viene interessato in due modi: indirettamente, in quanto deve adattarsi ai cambiamenti esterni, e direttamente, in quanto ad esso è affidata la responsabilità di risolvere problemi che si manifestano in altre parti della società. Il rapido aumento del numero e della complessità dei problemi è stato tale che per tutte le parti coinvolte si è resa urgente la necessità di affrontare questi problemi. Le autorità politiche nella maggior parte dei paesi affrontano questa difficoltà introducendo riforme sociali allo scopo di riorganizzare il settore socio-sanitario.

Esistono tuttavia gravi difficoltà nell'attuazione delle nuove riforme perché il personale ha ricevuto un'istruzione adeguata al passato e al presente, ma non al futuro. E' possibile elaborare nuovi concetti e prospettive, costruire nuove strategie per raggiungere nuovi obiettivi, si può anche disporre di risorse e tecnologie sufficienti: al personale manca una formazione che permetta ad esso di promuovere riforme sociali rientranti solo parzialmente nella formazione che ha ricevuto. Un esempio in tal senso è la nuova proposta di legge per l'assistenza sociale che sarà probabilmente introdotta in Norvegia tra circa un anno. Gli operatori sociali non sono qualificati per lavorare nel quadro della nuova legge; insieme alla diffusa sensazione che occorre rendere effettiva la nuova

legge, si teme anche che non basti fornire agli operatori sociali qualche aggiornamento o poche settimane di corsi supplementari.

Il nuovo quadro legale richiede un nuovo atteggiamento e una nuova gamma di capacità nel settore sociale. Questa situazione evidenzia la necessità di una formazione più flessibile, basata sulle capacità strategiche piuttosto che su conoscenze particolari, e che incoraggi gli studenti ad elaborare modi alternativi di affrontare le molte questioni poste dal settore socio-sanitario.

Il quarto motivo di una nuova educazione è la mancanza di modelli per il funzionamento del settore socio-sanitario. Poche sono state fino ad oggi le teorie circa il funzionamento effettivo dello stato sociale, del settore sociale o di quello sanitario. Non soltanto mancano i modelli, ma anche i concetti. Valga come esempio un concetto come quello di previdenza sociale, che significa cose diversissime nei vari contesti culturali e che in quanto concetto analitico è del tutto inutile. Lo stesso vale per concetti quali stato sociale, servizi sociali, prevenzione, e così via. Le varie discipline offrono modelli parziali di analisi, ma date le loro limitazioni disciplinari riescono a illuminare solo una parte dei fenomeni. Nessuna disciplina è in grado di offrire spiegazioni utili che abbiano carattere globale (olistico).

Questa situazione esige un'educazione transdisciplinare che si concentri sul settore socio-sanitario e possa promuovere un nuovo tipo di atteggiamento che porti a concetti e modelli utili per venire incontro a problemi sanitari e sociali.

1. *Quale educazione?*

I motivi di cui sopra facevano parte della nostra filosofia quando all'Università di Bergen è stato introdotto un nuovo programma educativo per amministratori, ricercatori e insegnanti nel campo della politica sanitaria e sociale. Tale programma consiste in un corso di studio biennale destinato a studenti in possesso di un Master of Arts o titolo equipollente. Si richiedono per l'ammissione quattro anni e mezzo di studio universitario o nei colleges regionali.

Il programma è interdisciplinare *e* transdisciplinare: questa distinzione è importante. L'interdisciplinarietà comporta che varie discipline contribuiscano al programma a partire dalle loro qualifiche specifiche.

La transdisciplinarietà comporta un'integrazione di concetti e modelli provenienti da varie discipline, capace di portare ad una nuova comprensione del campo della politica sanitaria e sociale.

Quest'ultimo orientamento, paragonato alla lunga tradizione dell'approccio interdisciplinare, è ancora in fase di sviluppo.

Lo staff proviene dalle facoltà di Giurisprudenza, Economia, Medicina, Scienze Politiche, Sociologia e Storia. I ruoli sono topici, vale a dire non vengono attribuiti secondo le qualifiche accademiche: per esempio un singolo che faccia ricerche di politica e amministrazione sanitaria, sia egli un economista, uno studioso di scienze politiche, o un medico. L'interesse è incentrato sull'argomento, non sulla disciplina. La facoltà, oggi, dispone di un nucleo centrale di sei insegnanti di ruolo con posti a tempo pieno, nonché di fondi per l'insegnamento extracurricolare.

Il programma di studio prevede sette corsi differenti. Nel primo corso viene svolta un'analisi del settore sociale e sanitario dal punto di vista dell'amministrazione. Durante il corso gli studenti apprendono nozioni di base circa l'organizzazione e il finanziamento del settore. Altrettanto importante, tuttavia, è l'analisi di come il settore funziona realmente: come sapete, la discrepanza tra la realtà e le intenzioni ideali è piuttosto considerevole. L'attenzione si concentra sulle dinamiche sotterranee, ad esempio il potere delle categorie professionali e l'ampiezza della loro interferenza. Cosa più importante, si insegna agli studenti a scoprire i molti preconcetti presenti nel campo socio-sanitario, partendo dai pochi dati empirici disponibili. Una parte dell'istruzione consiste nel diseducare gli studenti, facendo in modo che si liberino dai preconcetti. Gli amministratori di domani dovranno andare diritti al nocciolo delle conoscenze concrete. Per gli studenti è altrettanto importante essere in grado di identificare le lacune nel sistema di politica socio-sanitaria.

Il secondo corso propone agli studenti un esame dell'amministrazione dal punto di vista dei clienti. Viene discusso il ruolo del cliente nonché la nozione di bisogno, la distribuzione e le cause dei problemi, il modo in cui sono distribuite le risorse e la facilità di accesso all'assistenza.

Il terzo corso ha per oggetto la pianificazione, l'esecuzione e i criteri di valutazione. Si insegnano i metodi di pianificazione tradizionali e le loro deficienze specifiche nel campo socio-sanitario, in cui gli obiet-

tivi sono più diffusi e dipendono da bisogni mutevoli. Una parte del corso mira all'elaborazione di strategie in cui si analizzano nozioni e modelli derivati da aree esterne al settore socio-sanitario per aiutare gli studenti ad elaborare alternative al sistema vigente nello stato sociale.

Il quarto corso ha per oggetto la metodologia qualitativa e quantitativa. Alcuni studenti avranno bisogno degli strumenti fondamentali della ricerca per il loro futuro lavoro di ricercatori; la maggioranza degli studenti entrerà a far parte dell'amministrazione e avrà bisogno di nozioni di metodologia per valutare le relazioni di ricerca allo scopo di farne uso.

Il quinto corso è una sintesi di quelli precedenti ed oggetto dell'analisi è lo stato sociale. Nel corso del tempo molte iniziative, private e pubbliche si sono fuse all'interno del modello degli stati sociali scandinavi. La base sistematica è l'ideologia sottostante ai vari modi di operare nel settore sanitario e di assistenza sociale, il rapporto tra l'economia nazionale globale e l'economia dei vari programmi sociali e sanitari, e l'interazione tra le istituzioni del settore socio-sanitario e le istituzioni della società in generale. Parte del corso è dedicata alla ricerca comparativa sullo stato sociale, allo scopo di confrontare il modello scandinavo con altri e dare modo agli studenti di riconsiderarlo.

La sesta parte del programma punta alla specializzazione. Lo studente può scegliere liberamente entro una gamma di problemi sociali, approfondire lo studio di un dato argomento o istituzione oppure concentrarsi su una prospettiva analitica che lo interessi. Spesso gli studenti sceglieranno un campo che desiderano esplorare una volta introdotti sul mercato del lavoro.

Nella settima parte del programma viene richiesta la stesura di una tesi. Gli studenti devono compiere un lavoro di ricerca originale raccogliendo dati, originali o derivati, analizzandoli e presentando una tesi di almeno cento cartelle dattiloscritte. La dissertazione deve poi essere discussa.

Si prevede per il futuro la creazione di un programma annuale post-lauream per studenti che hanno già terminato i loro studi, ossia medici, avvocati, dentisti, psicologi ed economisti, e per amministratori, ad esempio amministratori di ospedali. Il programma verrà in parte integrato nel programma di laurea a livello di Master of Arts sopra descritto, e in parte basato su corsi specifici di altre facoltà dell'università.

2. *I problemi emergenti*

I preparativi per il nuovo indirizzo di studio ebbero inizio nel 1979 e passarono cinque anni travagliati prima che il programma fosse reso effettivo. Il ritardo fu causato più da conflitti interni all'università che dalla mancanza di risorse. Fuori dall'università il programma ottenne molti appoggi. Il Ministero per gli Affari Sociali perorò la nostra causa presso il Ministero dell'Istruzione, che accordò priorità finanziaria a due cattedre, al di fuori del normale budget dell'università. Studenti e utenti potenziali del nuovo indirizzo specialistico ci hanno dato il loro appoggio in molti modi. Il programma di studi fu stampato in seicento copie, e dovette essere ristampato per coprire la domanda. I colleges regionali utilizzarono il modello di studio nella preparazione di corsi a livello propedeutico.

Ma all'interno dell'università la situazione era diversa. Il problema sorgeva, in parte, a causa del nostro modello di studio poco tradizionale. Il programma era caratterizzato dal suo orientamento verso la transdisciplinarietà, in un modo mai verificatosi prima in un corso di laurea. La struttura del programma non si adattava alla normale struttura universitaria, e solo il fatto di dover amministrare una facoltà di tipo diverso creava problemi puramente pratici che andavano presi in considerazione. Tuttavia, l'amministrazione universitaria ha appoggiato il programma con molto vigore, e ha preso iniziative volte a risolvere le questioni pratiche.

La maggior parte delle difficoltà proveniva dalle altre discipline e può essere classificata secondo tre tipi esemplari di opposizione. La facoltà di Scienze Politiche-Pubblica Amministrazione aveva l'impressione che il nuovo Dipartimento potesse invadere il suo campo, e temeva che gli studenti potessero trovare più attraente il nuovo indirizzo. Ad Antropologia Sociale il nuovo programma fu considerato (a torto) una scienza applicata, fuori posto in un'università basata sulla scienza « pura ». Le facoltà di Economia e Psicologia vedevano nel nuovo programma un rivale sia per le risorse che per gli studenti dei corsi di perfezionamento. I vari gruppi di opposizione fecero causa comune e lanciarono un nuovo modello di programma che avrebbe distribuito gli insegnamenti e le risorse tra tutte le facoltà interessate. Per fortuna il modello fu bocciato dal Senato accademico.

I problemi incontrati non interessano esclusivamente questo programma: altri programmi della stessa natura sono stati proposti altrove

con scarso successo. Le discipline definiscono rigidamente i loro diritti e il nuovo programma, nella sua transdiscipilnarietà, è fondamentalmente antidisciplinare. Anche le altre discipline fanno ricerca e svolgono un insegnamento sui problemi socio-sanitari, ma non hanno rivolto al settore socio-sanitario l'attenzione esclusiva che esso merita ed esige. Da ciò è risultata una scarsa comprensione di un fenomeno che sta diventando vitale per sempre più larghi strati di popolazione e che incide sul bilancio nazionale in misura considerevole.

La facoltà di medicina si è interessata precocemente al programma, contrariamente a quanto è stato osservato in altri paesi. Il nostro dipartimento è stato invitato ad unirsi alla facoltà. Si presentava la possibilità di scegliere tra Medicina e Scienze Sociali, e la soluzione di compromesso fu quella di collegarci amministrativamente con la facoltà di Medicina, affidando alla facoltà di Scienze Sociali la responsabilità del contenuto del programma.

La coscienza che nuove idee nel campo della politica sanitaria non possono essere introdotte senza l'appoggio della classe medica ha motivato l'unione con la facoltà di Medicina. Ma la classe medica è nota anche per il suo imperialismo. Il dipartimento ha subìto forti pressioni affinché fossero assegnati fondi ad una cattedra destinata ad un medico, e perché fosse data la priorità al personale medico nel programma post-lauream che è in progettazione. Fino ad oggi abbiamo resistito a queste pressioni, ma il problema fondamentale di un programma transdisciplinare in una facoltà dominata da una sola disciplina rappresenta una fonte di conflitto latente.

Il programma ha successo: è stato totalmente accettato e ci sono più studenti che fanno richiesta di quanti siano i posti disponibili. Il Dipartimento ha ricevuto finanziamenti sufficienti in un momento in cui la maggior parte degli altri dipartimenti deve subire delle decurtazioni. Importante è anche che il programma si indirizzi al vertice della gerarchia universitaria e dia inizio a un corso post-lauream, non ad un corso di laurea. La ragione immediata era la mancanza di personale specializzato ai più alti gradi dell'amministrazione, ma una conseguenza indiretta di ciò è che i candidati laureati si inseriscono nella società con relativa rapidità, stabilendo così nuove norme per l'analisi del settore socio-sanitario e promuovendo le idee del dipartimento.

L'ultimo problema al quale vorrei accennare qui è un problema che non sappiamo affrontare. Il Dipartimento è il primo nel suo genere

in Scandinavia, e le speranze circa il genere di problemi che esso è in grado di risolvere sono assai poco realistiche. Ci vengono richieste informazioni sulla ricerca, sulla consulenza, sulle strategie da adottare e così via, in quantità superiori alle capacità del nostro personale ridotto. Le richieste provengono da istituzioni sia pubbliche che private, da individui e mass media. Ad ogni modo, il problema fondamentale non è tanto quello della nostra capacità limitata, quanto quello che alla maggior parte delle domande non esistono risposte. I lavori di ricerca disponibili sono troppo pochi e molti non possono essere riformulati in modo da essere utili alle diverse istituzioni che hanno bisogno di una risposta.

Questo è un fatto di cui ci si rammarica, e che ci induce a riflettere; ciò sembra inoltre indicare chiaramente quanto sia urgente una rieducazione nel settore socio-sanitario.