



Riflessioni sul futuro della chirurgia in Italia

Nicola Picardi

Già Professore Ordinario di Chirurgia

Non è facile prevedere quale sarà il futuro della chirurgia in Italia.

Le perplessità non riguardano gli aspetti tecnici, che sono obiettivamente di alto livello, in linea con quelli dei colleghi di altre realtà avanzate.

Una serie di incertezze riguardano invece gli sviluppi sociali ed organizzativi di un futuro che si presenta denso di novità, generalmente male accolte da chi è per sua natura conservatore e memore delle organizzazioni degli anni passati, risalendo indietro di molti decenni.

Le innovazioni che hanno modificato, e stanno ancora modificando, la pratica chirurgica in Italia riguardano il tipo di assistenza sanitaria organizzata come Sistema Sanitario Nazionale, e quindi a visione sociale, e gli incombenti oneri economici, ormai assunti a protagonisti assoluti nelle contingenze della crisi economico-sociale globale, dell'U.E. e dell'Italia in particolare, che deve smaltire i suoi debiti come nazione.

Da quest'ultimo punto di vista è improprio che come operatori tecnici noi chirurghi ci si improvvisi o si presuma di potersi proporre come strateghi dell'economia, soprattutto perché non è possibile avere una visione globale che forse non hanno nemmeno tutti i componenti dell'attuale governo italiano.

Gli operatori chirurghi in Italia, che ricoprono un ruolo istituzionale nelle strutture pubbliche, hanno però certamente delle opinioni vissute sui tanto sottolineati "sprechi" nella gestione sanitaria, ma sono visioni parziali del singolo punto di vista che solo generalizzando è possibile proporre come interpretazione generale.

Ciò che si può fare, applicando le regole professionali vissute da tutti i chirurghi, sono quelle che regolano la formazione delle diagnosi a partire dai sintomi. Il proporre la terapia con le relative indicazioni operatorie è invece una vera e propria arte, mentre l'esecuzione della terapia prescelta confina spesso con il virtuosismo tecnico.

Quali sono i sintomi dell'attuale malessere della chirurgia, non dimenticando mai che l'operatore chirurgo è di necessità un individualista, sia pure contornato da molteplici competenze?

Un primo sintomo è lo slittamento nella distribuzione tra uomo e donna di coloro che si dedicano alla chirurgia: è in atto un significativo spostamento a favore delle donne. In sé il sintomo potrebbe essere interpretato positivamente come ipotetico superamento di pregiudizi e come conquista da parte delle colleghe dotate di quello spirito pragmatico e decisionale che l'attività chirurgica richiede. Questa visione positiva è però inficiata dal fatto che le donne chirurgo non vanno ad aggiungersi agli uomini chirurgo, ma vanno a sostituirli, dunque c'è un relativo abbandono dei medici dalla professione di chirurgo per rivolgersi ad altri aspetti della professione medica o all'esercizio di pratiche chirurgiche di nicchia.

Altro sintomo non trascurabile è la diminuzione in assoluto degli aspiranti alla specializzazione in chirurgia, e particolarmente alla chirurgia generale. Anni addietro dall'Università di Padova venne la richiesta di invitare i nuovi laureati a partecipare al concorso di ammissione alla specializzazione in chirurgia in quella sede, perché gli aspiranti locali in blocco non arrivavano a ricoprire i posti disponibili. Analogamente era giunta notizia che nell'Università di Milano i concorsi di ammissione alla specializzazione in Chirurgia Generale non avevano ricoperto i posti disponibili dalle previste borse di studio.

Dunque una obiettiva disaffezione per la Chirurgia Generale.

Si può ipotizzare che la società civile non ha più bisogno di chirurghi generali? l'ipotesi non appare proponibile, e dunque è inevitabile diagnosticare un malessere.

Quali sono le attrattive della professione chirurgica?

1. Una indubbia posizione di prestigio sociale non dissociata da un significativo benessere economico;
2. La sensazione di esser protagonisti di decisioni risolutive di vertice, al limite del ruolo di taumaturgo;
3. Il piacere pragmatico che deriva dall'esecuzione materiale di manovre al limite del virtuosismo.
4. La possibilità di emergere non solo nei confronti del proprio ambiente sociale ma nella stessa categoria dei medici, come “principi” della sanità.
5. La prospettiva di poter raggiungere posizioni di vertice gerarchico nella struttura sanitaria dove si opera.

Cosa è rimasto oggi di tutto ciò? solo i punti 2. e 3. Con l'aggiunta del concreto spettro di doversi confrontare con controversie legale di responsabilità professionale e con l'alto costo delle assicurazioni, che comunque non coprono il disagio psicologico se si devono affrontare le vicende legali di una chiamata a rispondere di “responsabilità professionale”, in grado di alterare immediatamente la necessaria serenità di operare, specie se si ha la convinzione di essere vittime di speculazioni economiche senza un concreto motivo di censura.

Il prestigio sociale si è molto ridotto anche e non solo per le notizie di cronaca denigratorie, a torto o a ragione, della sanità in generale. Soltanto al momento del bisogno il chirurgo è fatto segno di rispetto, salvo recriminare per l'eventuale mancato raggiungimento completo del risultato sperato.

Il benessere economico, ancora indubbiamente esistente, è ben lontano dai livelli raggiunti una o due generazioni fa, perché il chirurgo che opera in strutture istituzionali, è ridotto economicamente ad un ruolo impiegatizio, non adeguato con il grado di responsabilità della sua professione con necessità di cavalcare gli aggiornamenti ed i confronti nazionali ed internazionali, compreso il cartellino di presenza da timbrare, e con stipendio calmierato verso il basso, specie nel caso della scelta per il tempo parziale di impegno, molto spesso scelto non solo per motivi economici ma per un confronto competitivo delle proprie capacità professionale sul territorio.

La stessa pratica della professione privata è fortemente inibita dai regolamenti che hanno introdotto la cosiddetta “professione intra-moenia”, che per un chirurgo operante in Italia è quasi ovunque una utopia per la carenza di spazi operativi addirittura per la stessa attività ambulatoriale, comunque preliminare alla sempre maggiore carenza di posti letto disponibili al ricovero dei pazienti non trattabili con tecnica ambulatoriale (Day Surgery) e che comunque hanno bisogno di accesso alle strutture di camera operatoria, che è il nocciolo centrale dell'attività terapeutica del chirurgo. Inoltre non si sfugge al pregiudizio, dimostrabile soltanto in qualche indiscutibilmente deprecabile caso, di togliere spazi temporali di attività alle esigenze del paziente “nel pubblico” per favorire il “cliente” privato.

La regola del “tempo pieno” comprensivo del timbro del cartellino come qualsiasi impiegato amministrativo, nata per ostacolare abusi dell'etica e della legalità – vedi “letti d'oro” e soprusi decisionali sulle scelte dei pazienti da trattare su motivazioni poco o nulla motivate dalla patologia – è per i chirurghi eticamente e legalmente ineccepibili una delle motivazioni dello scadimento del loro prestigio professionale, perché sottintende che senza questa regola il chirurgo – pregiudizialmente ritenuto potenzialmente disonesto – sarebbe quanto meno un assenteista da controllare come se “in libertà vigilata”. Inoltre la regola della professione da esercitare “intra-moenia” viene intuita come un mezzo per impedire che un chirurgo, attraente professionalmente, possa sottrarre dei pazienti o il suo tempo operativo alle strutture pubbliche per favorire dei pazienti che potrebbero far ricorso a lui privatamente.

Dunque il chirurgo viene percepito come potenziale malfattore da tenere sotto controllo e non come un punto di riferimento di alta professionalità, e la cui attività professionale vada valutata secondo il conteggio del tempo impiegato per il suo espletamento, prescindendo assolutamente dalla qualità professionale sostanziale.

La misura della qualità professionale di un chirurgo impegnato in una istituzione viene valutata dalle Direzioni Generali inoltre in base a parametri assolutamente ed esclusivamente economici: quanti pazienti riesce a curare in un lasso di tempo, per quanto tempo vengono occupati i posti letto a lui affidati, l'entità economica dei DRG che riesce a far guadagnare all'azienda per cui lavora.

Non si richiede mai una epicrisi su quante sono le guarigioni permanenti conseguite o le complicazioni che fanno seguito ai suoi interventi, che invece con la ripetitività degli accessi operatori rappresentano un vantaggio economico per l'“Azienda”.

Paradossalmente infatti se accade che sia costretto a operare e rioperare lo stesso paziente, ciò rappresenta asetticamente un segno positivo di “produttività”, e dunque un merito nei confronti dell’azienda, sorvolando o ignorando uno dei più probabili motivi di questi ripetuti interventi: possibile indice di cattiva indicazione operatoria o scadente realizzazione della terapia chirurgica per carenza di perizia e prudenza. Diventa un merito allora ciò che dovrebbe essere censura.

La stessa sua permanenza nella struttura, l’ascesa nella carriera professionale ed il mantenimento del suo ruolo è posta sotto esame prevalentemente economico ogni 5 anni, soprattutto con i parametri appena illustrati.

Lo stesso concetto di “ospedale” ne risulta adulterato, da posto di cura e soccorso ad “azienda” chiamata ad essere economicamente attiva, cioè produttrice di profitto economico, lasciando in secondo piano il “profitto” in termini di salute recuperata o mantenuta nei pazienti, diventati “utenti”, come clienti di un supermercato.

La stessa struttura gerarchica tende a perdere il suo valore, salvo il carico di responsabilità, perché in termini economici anche i chirurghi più giovani, in quanto abilitati per legge, devono godere di una autonomia operativa entro certi limiti sganciata da controlli superiori per aumentare la produttività dell’azienda: non sarà il primario il garante della loro abilità ed efficienza ma il direttore generale il giudice della loro validità nei confronti dell’azienda.

Ci sarebbero ancora dunque vantaggi a seguire l’ambizione naturale ad essere bravi chirurghi, oppure non è più conveniente adeguarsi a regole sostanzialmente estranee alla migliore pratica sanitaria per inseguire il successo economico dell’azienda e la benevolenza dei Direttori Generali?

Ciononostante la qualità professionale rappresenta ancora un parametro che connota l’eccellenza di un chirurgo, ma è solo uno tra diversi parametri meno sostanziali che ne regolano la progressione in carriera, con la più o meno strisciante colpevolizzazione dei concorsi ritenuti inevitabilmente come nidi di nepotismo e di malaffare.

Con la motivazione che i concorsi sono tutti inficiati da pratiche di nepotismo o da motivazioni ancor meno trasparenti, di fatto essi sono guardati con sospetto e in pratica non fanno più parte significativa nella carriera di un chirurgo. Diventa dunque evanescente la possibilità di poter raggiungere posizioni di vertice per proprie obiettive capacità, prescindendo dalla buona disposizione di chi è chiamato burocraticamente a decidere.

Alle regole del Maestro e delle Scuole chirurgiche sono state oggi sostituiti i giudizi dei Direttori Generali, in grado anche di negare a Professori Universitari attivi nelle aziende ospedaliere di loro gestione il ruolo di Primario loro attribuito per legge, eventualmente restringendo le loro possibilità operative con esiguità di posti letto affidati e scarsa disponibilità dell’uso delle camere operatorie o altre strutture indispensabili alla attività chirurgica. Ed in questo caso si aggiunge il gravissimo danno alla didattica – primo dovere del docente universitario – che nel caso della Clinica Chirurgica (o Chirurgia Generale come la si vuole oggi chiamare) non ha a disposizione per l’apprendistato clinico degli studenti la numerosità e varietà casistica indispensabile alla loro preparazione.

Se guardiamo adesso alla pratica professionale chirurgica bisogna innanzitutto premettere che la chirurgia va intesa sempre e soltanto come terapia, la si pratica per curare, e possibilmente per guarire, i pazienti. La riduzione dei posti letti imposta da severe ed asettiche leggi economiche, non tiene conto delle esigenze della potenziale popolazione dei pazienti che va a far ricorso alle cure chirurgiche. Di fatto o si allungano le liste di attesa, sia per interventi chirurgici di elezione che per la stessa esecuzione di indagini diagnostiche preliminari, oppure si limita sempre più la durata delle degenze postoperatorie – scaricando in qualche caso oneri logistici ed emozioni psicologiche sul solo paziente – e si abusa della pratica della Day Surgery o della One Day Surgery, che diventano un elemento di merito per il chirurgo che le pratica, ma non sempre è a vantaggio del paziente e della sua cura, e potenziale fonte di controversie legali per imprudenza, negligenza se non anche imperizia.

Le indagini strumentali hanno ingigantito di fatto il loro ruolo non solo per gli enormi vantaggi diagnostici che offrono alla pratica chirurgica moderna, ma anche al fine di precostituire prove utilizzabili per una eventuale difesa contro la sempre più dilagante possibile imputazione di mala-sanità, con un ruolo di “medicina difensiva” in chiave preventiva. Collateralmente si viene a sminuire il ruolo dell’impe-

gno diagnostico basato sulla cultura e sull'esperienza per privilegiare l'obiettività asettica di indagini strumentali in grado di rappresentare una difesa anche nei confronti di decisioni sbagliate. Ovviamente i vantaggi per il paziente sono minimi o inesistenti, se non invece penalizzanti.

Nel caso dei ricoveri urgenti, al di là del pregio rappresentato dall'introduzione nei Pronto Soccorso dei codici di accesso, la limitazione dei posti letto nei reparti può intasare i DEA o portare pazienti anche gravi a stazionare in degenze nei corridoi adagiati su barelle, esse stesse talvolta insufficienti numericamente.

È evidente un conflitto di esigenze.

La pratica della sanità è indubbiamente costosa sia per il personale che va impiegato a tutti i livelli, sia per la numerosità delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche oggi imprescindibili (al di fuori della "medicina difensiva"), sia per il costo dei farmaci da utilizzare, ma non per questo è eticamente accettabile una calmierazione "a monte" del numero degli aventi diritto alle cure. Oggi con l'impiego razionale dell'informatica e della statistica sarebbe assolutamente possibile conoscere per un dato periodo di tempo dell'anno, per un bacino di utenza adeguatamente vasto, e per una struttura di specialità chirurgica, il numero dei pazienti che storicamente vi abbiano fatto legittimamente ricorso: è quello il numero di posti letto necessario e non quello stabilito dalle pur ineludibili esigenze economiche generali.

Quale è la soluzione? sarebbe presuntuoso volerlo individuare da una posizione di profani delle esigenze economiche del settore e del quadro economico generale e nazionale. Ma si ha il sospetto che i responsabili della politica sanitaria generale e della politica regionale e nazionale in particolare, non siano adeguatamente informati o sensibili alle osservazioni fin qui esaminate, e siano anch'essi profani o "apprendisti stregoni" con ricette prefabbricate e non verificate con obiettività.

L'esigenza di un chirurgo è principalmente quella di imparare al meglio la sua professione, incrementare ed aggiornare la sua cultura alla luce dell'esperienza propria e quella di settore, stimolare le generazioni successive ad amare questa professione curandone la preparazione e facendo intravedere la possibilità di raggiungere risultati positivi delle proprie ambizioni legittime, ed in ultimo coltivare un orgoglio legittimo di categoria.

I responsabili della politica dovrebbero fare propri questi progetti, che rappresentano un investimento culturale e professionale nelle future generazioni di chirurghi a favore dei loro futuri pazienti, e risolvere con meditato raziocinio i problemi economici innegabilmente connessi.

La Sanità non è un cespite privato, come forse la si potrebbe interpretare nella considerazione della aneddotica del passato riguardo a figure preminenti della fase eroica della chirurgia. Invece la pratica della chirurgia moderna è un onere economico indubbio ed ineludibile. La stessa dizione di "Azienda Sanitaria" è fuorviante perché potrebbe invece suggerire l'idea di un prodotto finito di valore economico da realizzare. Invece un paziente guarito è certamente un risultato di valore economico, ma per il paziente stesso e per la nostra Società. Non rappresenta però un vantaggio economico né per la struttura che ha raggiunto quel risultato né per i suoi operatori sanitari, che ne hanno sostenuto di fatto gli oneri non soltanto economici in termini di negazione della professione privata, di degrado del prestigio, di oneri assicurativi e di spese legali.

Bisogna invece ricordare che la restaurazione della salute nei pazienti è un arricchimento della stessa economia nazionale, non fosse altro che per una riduzione delle future spese sanitarie.