

PROFESSIONI

I chirurghi italiani? Bravi ma senza tutele E le scuole si svuotano

L'Italia è seconda al mondo in chirurgia mininvasiva e robotica. Ma mancano norme specifiche per il settore

Stefano Salvatori

■ Bravi, e non solo a parole. Tant'è che un recente report internazionale pone la chirurgia italiana al secondo posto al mondo dopo gli Usa per la chirurgia robotica e mininvasiva e dal 2000 su oltre 190 Paesi l'OMS pone il nostro Sistema Sanitario nel rapporto costo-beneficio sempre al secondo posto dopo il Canada.

Le potenzialità della chirurgia italiana sono condizionate da problemi di natura legale ed istituzionale che stanno sempre più allontanando i giovani dalla professione. Solo nel 2008, infatti, le richieste di risarcimento sono state 30mila e 12mila i processi penali. Le statistiche indicano che in media nella propria carriera 4 medici su 5 ricevono almeno una richiesta di risarcimento (ma coloro che hanno più responsabilità vedono questi valori decuplicarsi) e vengono ingiustamente accusati di *malpractice*; nell'80% dei casi i processi infatti si risolvono con una assoluzione, dopo un iter processuale che dura anche 7-8 anni. La paura delle possibili conseguenze penali crea la premessa per la medicina difensiva: l'80%

prescrive esami inutili o consulenze non necessarie mentre il 20% evita di operare se l'intervento è troppo a rischio.

«Il nostro sistema sanitario non può ulteriormente reggere l'impatto con questa dispersione di risorse - sostiene Gianfranco Francioni, presidente del Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia (SIC) appena conclusosi a Rimini -. Siamo uno dei pochi paesi dove la Sanità è veramente gratuita fino ai più alti livelli di complessità, dal trattamento di chirurgia estetica dopo lesioni traumatiche, alla demolizione oncologica, al trapianto multiorgano. Non è pensabile, che in questi tempi economicamente così difficili, un sistema sanitario pubblico possa reggere contemporaneamente l'impatto della spesa sanitaria per le cure, quella per la medicina difensiva, quella per i contenziosi medico legali e per i giusti risarcimenti. Ci stiamo immettendo su una strada senza ritorno».

«Occorre costituire un sistema che faciliti il *reporting* degli errori e favorisca la possibilità di apprendere dai fallimenti ma servono anche norme legislative urgenti che equiparino il nostro sistema giuri-

dico in ambito sanitario a quello degli altri Paesi occidentali, con l'introduzione di norme specifiche per il settore medico-chirurgico che oggi sono assenti. Basti pensare che il settore è ancora regolato dal Codice Rocco, risalente al 1930 e quindi necessariamente non più attuale», commenta il professor Enrico De Antoni, presidente della Società scientifica sottolineando che «le proposte di legge che affrontano la questione del rischio clinico e della responsabilità civile e penale, invece, sono ancora ferme».

«Oggi l'atto medico non è neppure previsto nella legislazione italiana e quindi i nostri gesti non hanno una codificazione: la stessa incisione della parete, ad esempio, atto preliminare ad ogni intervento chirurgico sull'addome, può essere dalla legge considerata un atto non medico, ma una sorta di aggressione a mano armata (bisturi) fatta con il consenso della vittima - conclude il professor Rocco Bellantone, Segretario Generale della SIC -. È giusto punire chi sbaglia per colpe gravi, ma si deve tener presente che, pur facendo tutto il possibile per il bene del paziente, il lavoro del chirurgo ha per sua stessa natura una dose di rischio ineliminabile».

Il test

HIV, sapere ti salva la vita

■ È il messaggio che la Fondazione Nadir onlus lancia attraverso una campagna informativa su Internet con un video e un sito (www.testhiv.it) dedicati all'importanza di fare il test per proteggere se stessi e gli altri. La trasmissione del virus, che avviene soprattutto per via sessuale, può riguardare chiunque: a quasi 30 anni dall'inizio dell'epidemia, persiste la disinformazione e la tendenza a ignorare il proprio stato sierologico. «È in aumento il numero delle persone che scoprono di essere sieropositive solo al momento della diagnosi di AIDS, ovvero in uno stadio di malattia molto avanzato: siamo passati dal 21% nel 1996 al 60% nel 2008», dichiara Filippo von Schloesser, presidente della Fondazione Nadir onlus.

«Questo dato - aggiunge Simone Marcotullio, vice-presidente - ci suggerisce che una buona

parte di persone infette ignora per molti anni la propria sieropositività. Questo porta a non entrare tempestivamente in trattamento e a non adottare le precauzioni che diminuiscono il rischio di diffusione dell'infezione».

Sottoporsi allo screening periodico di malattie a trasmissione sessuale (tra cui l'HIV) è un comportamento intelligente, civico e responsabile. «Perché tanta reticenza e paura del test quando una eventuale risposta positiva, ancora in buone condizioni di salute, permette di affrontare il problema più serenamente, e avere maggiori scelte terapeutiche per combattere il virus e mantenere una buona qualità della vita?», incalza David Osorio, consigliere della Fondazione e sceneggiatore del video.

Per informazioni: www.testhiv.it

Prospettive

I 5 principi del «Medico Nuovo»

■ In un mondo in continua e vorticosamente evoluzione, il medico è chiamato a dipanare questioni scientifiche, organizzative, economiche, etiche, persino antropologiche. In che modo? Con quale apparato culturale affronta queste variabili dalle quali dipende il funzionamento del sistema medico e sanitario? A Padova, durante il convegno «Pensare per la professione», medici, bioeticisti, sociologi, filosofi, docenti hanno cercato, tutti insieme, di delineare la fisionomia del «Medico nuovo», individuando quegli snodi cruciali che determinano oggi le scelte in medicina e sanità:

1. Società, Salute e Sanità evolvono in scenari e contesti complessi e adattativi in modo sincrono e correlato e il modello di erogazione delle cure si presenta sempre più integrato e articolato;

2. La medicina non può e non deve operare come controparte della sanità, avendo entrambi scopi interdipendenti, interconnessi e circolari;

3. In un mondo in cui il ruolo del contesto è sempre più importante, la medicina non può costituire una variabile indipendente, così come non può esserlo il mondo della malattia;

4. È matura l'idea che gli scopi della medicina vadano definiti attraverso la coscienza: una coscienza bioetica che dovrebbe imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale;

5. La medicina, cui viene continuamente rimproverato di essere sempre più una disciplina ingegneristica - riparativa, non può disgiungere l'obiettivo di efficienza da quello di efficacia e di equità nella tutela della salute.



Scenari

Professionisti alla ricerca di una nuova identità

■ Il recente ritrovamento a Rimini di una villa romana appartenente ad un chirurgo famoso dell'antichità ha dato lo spunto per il titolo del 111° congresso della Società Italiana di Chirurgia: «Quale domus per la chirurgia italiana?».

Perché i chirurghi di oggi sono alla ricerca di una nuova identità, non come i personaggi in cerca d'autore pirandelliani, ma come professionisti della salute spesso, e ingiustamente, più alle prese con istanze medico-legali che con i ferri della loro professione.

«Eppur la chirurgia italiana è un vero fiore all'occhiello e primeggia a livello mondiale in alcuni campi, quali la robotica, la chirurgia laparoscopica, i trapianti e la cardiocirurgia - ha detto il professor Gianfranco Francioni, presidente del congresso - A fronte di queste indiscutibili eccellenze, la percezione della gente e l'indice di gradimento relativamente alla chirurgia italiana sono inspiegabilmente bassi.

E questo è un gap che va assolutamente colmato, anche perché l'attenzione che dedichiamo al singolo paziente è veramente tanta. Il cittadino oggi ha a sua disposizione una chirurgia realmente personalizzata».

Gli interventi vengono costruiti infatti «su misura» del singolo paziente, anche del più anziano e più impegnativo. «Ma ovviamente questo assorbe tempo e risorse; basti pensare che per un intervento complesso, come quello di chirurgia oncologica, praticato su un grande anziano, dalla fase della diagnosi a quella della riabilitazione possono essere coinvolti anche 14-16 specialisti di altre branche che vanno ad affiancare il lavoro del chirurgo».

Che la chirurgia in Italia sia in crisi lo rivela anche il calo di domande che pervengono alle scuole di specializzazione, un tempo sommerse dalle richieste degli aspiranti chirurghi e oggi spesso ridondanti di posti, rispetto alle reali richieste. Un problema comune anche agli Stati Uniti e alla Gran Bretagna, dove ormai i giovani chirurghi vengono per lo più dall'India e da altri Paesi lontani.

Ricerca

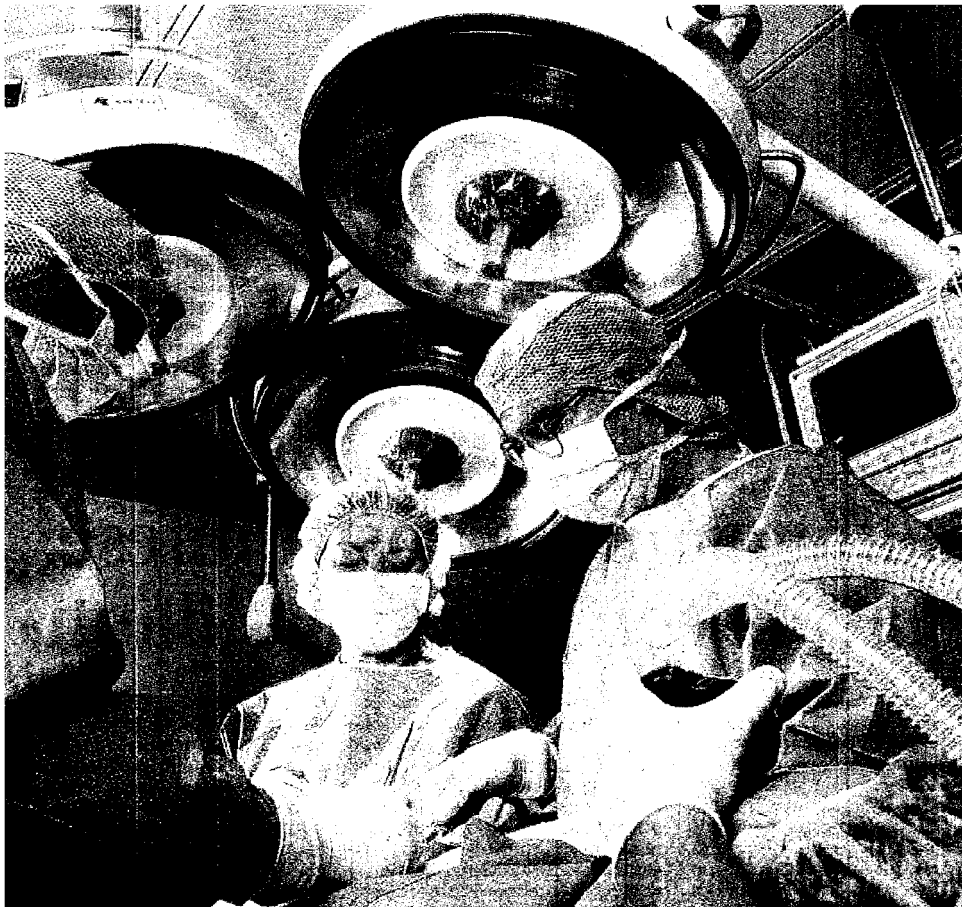
«La chirurgia del futuro? Sempre più su misura»

■ La chirurgia del nuovo millennio offre prospettive straordinarie correlate allo sviluppo della genetica, della biologia molecolare, della tecnologia robotica e ai nuovi approcci personalizzati sul paziente. «La chirurgia mininvasiva, specie con le tecniche endoscopiche e laparoscopiche, sta dando ottimi risultati e la chirurgia robotica è già una realtà in molti ospedali italiani - afferma il professor Enrico De Antoni, presidente della SIC. - Le possibilità applicative della nanochirurgia (microrobot programmati per giungere al bersaglio per via endoluminale) e le prospettive dell'ingegneria genetica sono straordinarie, così come l'utilizzo delle cellule staminali nella riparazione tissutale che già oggi, ma ancora di più in un prossimo futuro, consentirà risultati fino a pochi anni addietro impensabili».

Proprio per rendere l'intervento del chirurgo «sempre meno aggressivo» si va affermando la «chirurgia su misura». «Si tratta di una metodologia innovativa che permette la personalizzazione degli interventi chirurgici: proprio come un sarto che crea un abito su misura, il chirurgo sceglie una tecnica chirurgica tagliata ad hoc sulle esigenze del singolo paziente - aggiunge il professor Gianfranco Francioni - . Questa non è operazione messa in campo, sostenuta e validata dal singolo chirurgo, ma solo da un team integrato di professionisti che appartengono a specialità diverse».

SALA OPERATORIA

Troppi «rischi» e poca soddisfazione per i neo-chirurghi, che non cercano più questa specializzazione. Le statistiche indicano che in media nella propria carriera 4 medici su 5 ricevono almeno una richiesta di risarcimento (ma coloro che hanno più responsabilità vedono questi valori decuplicarsi) e vengono ingiustamente accusati di «malpractice». Ecco perché le potenzialità della chirurgia italiana sono condizionate da problemi di natura legale.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.