

## La chirurgia di oggi tra scienza, tecnologia, management e mass media: riflessioni personali

D.F. D'Amico\*

con la collaborazione di F. A. Ciarleglio\*\*

La scelta di un editoriale così specifico, che esula dalla solita analisi di ordine tecnico-scientifico, vuole avere un significato non soltanto conoscitivo, ma anche applicativo, affinché si possa meglio capire l'attuale ruolo del chirurgo nella realtà sanitaria italiana e non solo. Voglio infatti fotografare esattamente quale sia stato e quale è al momento attuale la posizione della nostra professione in tutte le sue sfaccettature squisitamente chirurgiche.

Comincio col dire che c'era una volta la Chirurgia, il Primario Chirurgo, il Professore Universitario di Chirurgia e tutto un mondo ruotava attorno a quest'arte ed ai suoi interpreti. Purtroppo la figura del chirurgo è cambiata nel tempo, motivo per cui la fisionomia del chirurgo moderno non può, né deve prescindere da una completa disamina di quella che è stata l'evoluzione antropologica che ha subito nel corso degli anni e che l'hanno portato a non essere più interprete assoluto e sacerdote in questo tempio costruito sulla tecnica e sul sapere, dove il chirurgo professava dispensando la sua opera a colui che con gran fiducia gli si affidava.

Il chirurgo di oggi si trova a essere misurato su una realtà che è completamente diversa: diffidenza, critica, contenziosi sono gli ingredienti negativi di quest'arte ritenuta nobile per lungo tempo ed oggi ridotta al ruolo di semplice mestiere, spesso vilipeso e mal retribuito.

L'aziendalizzazione degli Ospedali e dei Policlinici Universitari ha conferito a tutti, come impegno imperante, il rispetto di un bilancio economico che deve garantire produttività lavorativa e successo della prestazione eseguita, utilizzando l'operato di un professionista che non fa più dell'estro, della cultura, della scienza, dell'arte e della versatilità tecnica le proprie virtù ma, al contrario, viene paragonato ad un manager aziendale che deve garantire una certa produttività. Si è persa così la valenza scientifica dei percorsi diagnostici e terapeutici e sono state imboccate strade non conformi al ruolo specifico del chirurgo, almeno da un punto di vista formativo. Ma su questo argomento ritornerò più avanti, nell'ambito di una analisi più specifica.

La figura del chirurgo, nell'attuale situazione sanitaria, è profondamente cambiata in Italia e all'estero, con una mutazione generazionale che ha riguardato prima la chirurgia e poi i chirurghi. La grande disponibilità tecnologica in effetti ci ha aiutato molto nella pianificazione dei processi tecnici, ma in parte ci ha anche destabilizzato, perché ha contribuito in maniera sostanziale alla diversificazione e alla parcellizzazione del sapere chirurgico in tanti rivoli applicativi con assegnazione di nuovi ruoli a nuove discipline in un contesto sempre più "puzzelliano" e dispersivo, facendo perdere la centralità al lavoro chirurgico stesso. È cambiato il programma scientifico-formativo di colui il quale sceglie come branca applicativa la chirurgia, ma soprattutto è stata modificata la formazione secondo i canoni tradizionali improntati al concetto di scuola chirurgica; questa rischia oggi di non trovare più posto, in un contesto di globalizzazione del sapere chirurgico.

Facoltà di Medicina e Scuole di Specializzazione sono state imbottite di astruse precisazioni

Università degli Studi di Padova

\*Professore di Chirurgia Generale, Past President della Società Italiana di Chirurgia

\*\*Specializzando in Chirurgia Generale (I Scuola)

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

docimologiche, riguardanti processi di valutazione degli allievi ma soprattutto dei docenti, creando una struttura molto variegata, addobbata di culturalismi e di metodologie che hanno coperto la profondità vera della chirurgia "centristica" di un tempo, cancellando quel rapporto "placentare" tra chirurgo e paziente chirurgico.

L'evoluzione della chirurgia è stata una esperienza complessa ed articolata in cui i vari operatori hanno agito, talora con spirito di vero pionierismo, aprendo la porta a campi di lavoro che, anche quando in seguito hanno assunto la dignità di branche autonome, hanno assicurato una continuità evolutiva della impostazione dottrinarie. In realtà un affermato chirurgo della metà del Secolo scorso, introdotto nell'attività lavorativa di un moderno Dipartimento di Chirurgia, forse oggi rimarrebbe più stupito degli ausili tecnologici che la chirurgia possiede sia prima che dopo un intervento, che non della tecnica operatoria applicata.

L'evoluzione tecnologica, associata all'opera dei mezzi di diffusione di massa, ha però sconvolto anche il paziente che oramai riconosce l'eccellenza professionale legata più alle strutture, ed alle apparecchiature che una determinata Azienda ospedaliera possiede, che non al chirurgo come professionista e quale riferimento di garanzia e di successo in quanto dotato di esperienza e carisma. Inoltre, mentre un tempo la tecnica apparteneva istituzionalmente alla Scuola Chirurgica e consegnatario ne era il suo maggiore interprete, della tecnologia se ne sono impossessati tutti, compresi i *mass media* ed i pazienti i quali, operando delle scelte in nome di un sapere che non hanno ma che credono di avere, alterano il sistema attraverso la perdita del rapporto fiduciario.

In funzione di ciò molti chirurghi sono stati spinti verso orizzonti preclusi un tempo a chi lavorava nei piccoli centri: la stessa patologia può subire oggi un differente tipo di trattamento a seconda del centro chirurgico che l'affronta. Tutto ciò solo perché si hanno a disposizione presidi tecnici che permettono di superare barriere un tempo insormontabili. Il problema è però sempre legato all'esperienza, all'aggiornamento scientifico e alla qualità della prestazione garantita, espressa in termini di efficienza ed adeguatezza della indicazione terapeutica; oggi infatti si rischia di ingenerare un appiattimento della chirurgia stessa, nel senso che "*tutti fanno tutto*", perché la tecnologia ci mette a disposizione un supporto tale da affrontare in maniera completa o riduttiva, razionale o non, la stessa patologia, con metodologia di lavoro, programmi ed esecuzione tecnica completamente diversi a seconda dei diversi operatori. Non potrebbe essere altrimenti in un sistema che ha appiattito verso il basso (inteso come livellamento professionale) le carriere e le apicalità e che tenta di sostituire all'uomo la macchina, pur ricordando come, in realtà, noi tuteliamo un bene e un diritto supremo dell'uomo, la vita. Di conseguenza non possiamo, né dobbiamo subire un processo di spinta industriale attraverso una produttività intesa come numerosità dei soggetti trattati. In tal modo viene vanificata la nostra prerogativa di operatori professionalmente qualificati, ricercatori e clinici, per essere trasformati in "manager aziendali", senza averne le prerogative. Viene da chiedersi perciò dove andranno a finire la professionalità, l'esperienza, la preparazione teorica e pratica del chirurgo nel nostro sistema.

Una delle cause di tale involuzione è sicuramente imputabile al deterioramento dei programmi di formazione con il depauperamento del ruolo dell'Università; l'imperante economicismo ha cercato di trasformare di colpo le Università in imprese, con un mutamento radicale della logica e della peculiarità gestionali. Ne consegue che le Università italiane diventano dei "cantieri perennemente aperti" dove da un lato si opera per preservare le antiche e solide mura e dall'altro ci si preoccupa di far fronte agli indispensabili cambiamenti alla luce degli aggiustamenti imposti dalle disposizioni di legge. Il chirurgo in Italia, considerando la nostra e la formazione che ci è stata impartita dai nostri Maestri, non è in grado di affrontare una gestione manageriale così esasperata della formazione e della pratica clinico-assistenziale, improntata alla stressante esigenza di rispetto di regole economiche e di politica sanitaria, dettate dalla logica "budgettaria".

Una chirurgia che opera la verifica dei propri risultati non da un punto di vista scientifico ma prevalentemente su un piano economico-qualitativo, ove qualità non significa eccellenza del prodotto chirurgico offerto, ma sistemazione alberghiera, assistenza paramedica, supporto tecnico e tecnologico, ecc., rischia di trasformare il chirurgo da principe della sala operatoria in un ragioniere contabile che vede vanificati i propri valori professionali, smitizzando il valore dell'esistenza umana dell'ammalato che dovrebbe essere al centro dell'intero sistema. Il chirurgo, in un sistema del genere, è parzialmente costretto a rinunciare alla sua funzione di ricerca e di verifica sequenziale dei risultati, cui è moralmente obbligato, per esercitare la funzione di garante della spesa pubblica sanitaria e per gestire nella maniera più completa ed esaustiva una catena di mon-

taggio in cui non sono previste né sequele, né complicanze, né mortalità. Di conseguenza il nostro lavoro, il nostro potere di attenzione vengono espressi in funzione dell'indice di occupazione dei posti letto, nel rispetto del budget di spesa, dal peso del DRG annuo e dalle responsabilità professionali riguardo il tipo di complicanze avute, indipendentemente dal tipo di intervento o dalla patologia di base.

L'applicazione della metodica del budget, utilizzata dai Direttori Generali come strumento di responsabilizzazione dei Dirigenti Medici delle varie Unità Operative, avrebbe l'intento di migliorare il processo di qualità e garantire un migliore utilizzo delle risorse; ma si è visto che nei fatti non è così!

L'istituzione dunque del *budget* quale equivalente pratico del processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ha fatto sì che il fine ultimo di tutti i professionisti fosse quello di concorrere verso lo stesso obiettivo: garantire produttività lavorativa nel rispetto di un bilancio economico consolidato o da consolidare e nel contempo garantire il successo della prestazione eseguita. La dimensione di questo problema è stata però stravolta e con esso è stato stravolto il ruolo del clinico. Quando fu introdotto era inteso come un tetto alle spese complessive che una Unità Operativa o, per definirla con un termine superato, un Reparto poteva utilizzare. Il passo successivo era il ricevimento di *benefit* qualora si fosse riusciti a rimanere entro questo limite di spesa. Successivamente poi si è assistito alla strumentalizzazione del capitolo di spesa per ogni singolo Reparto senza tenere conto delle esigenze clinico-assistenziali né tantomeno della tipologia delle patologie trattate. Questo della qualità della prestazione è stato un altro tassello che è stato tolto al mosaico chirurgico.

La logica di modernizzazione e di aggregazione dipartimentale oggi prevale e impera su una conduzione basata sulla capacità individuale e sull'impegno del gruppo chirurgico. Tutto è proiettato verso la definizione di linee guida e di protocolli diagnostico-terapeutici, cui va aggiunta la pressione esercitata dall'industria e dalla politica come organi rispettivamente di modernizzazione e di controllo. La ricerca chirurgica non esiste più e non parlo della ricerca di base ma anche di quella clinica, fatta della semplice analisi dei risultati. Si è ingenerata così nelle varie strutture una grande confusione di ruoli e di uomini che ha appannato la figura originaria del chirurgo. Questa è la metanalisi di un percorso che ha avuto come risultato finale l'impovertimento dei ruoli e dei loro contenuti. E così, da grande interprete del sapere e da grande sacerdote del tempio, il chirurgo vive oggi in uno spazio sempre più angusto e sempre più affollato. La politica ha approfittato di questo vuoto di potere e sta alterando non solo la nostra "vera essenza" ma anche il nostro stato giuridico, ingenerando in noi tutti una supina accettazione e profonda rassegnazione verso un futuro sempre meno certo e meno gratificante anche in termini economici. La caduta della "vocazione chirurgica" nei giovani medici che si avvicinano alle Scuole di Specializzazione chirurgiche è lo specchio di questi tempi.

I *mass media* hanno completato l'opera di disgregazione della figura del chirurgo, e soprattutto del suo rapporto con l'assistito. In effetti i "media" non hanno nulla a che fare con la chirurgia ma la condizionano, purtroppo, in maniera notevole, sia nel suo svolgimento che nella credibilità di noi chirurghi, modificando in maniera sostanziale il rapporto chirurgo-paziente ed aprendo la strada al grande entusiasmo medico-legale, vera piaga del nostro lavoro.

L'impressione di chi scrive è che siamo arrivati alla fine della vera stagione chirurgica, una stagione lunga e travagliata, piena anche di protagonisti e protagonismi, ma con dei riferimenti ben precisi, anche sotto il profilo dello stato giuridico. La realtà odierna ha dimostrato che la realtà aziendale, sposata alla parte tecnica, forma una coalizione che non sempre è in grado di conciliare le pulsioni differenti, talvolta opposte, di una classe dirigente poco incline a recepire i suggerimenti della classe medica in genere e chirurgica in particolare, nonché le richieste e, perché no, le ambizioni di un mondo chirurgico variegato che deve essere solo salvato dalla demotivazione.

Con il passaggio da un sistema basato sulla centralità del chirurgo, con tutti gli aspetti negativi legati al suo insindacabile potere decisionale, al *team* chirurgico che, analizzando questa o quella situazione, ha certamente migliorato la *performance* assistenziale, sono state create ineluttabili divergenze di opinione di cui in maniera sottile, ma sempre più penetrante, si sono impossessati i *mass media* e con essi i malati. Quel rapporto fiduciario chirurgo-assistito, che ha sempre costituito la nostra base di lavoro, è diventato un rapporto sempre più "staccato", sempre più "analitico", sempre più soggetto a verifiche e a censure. I *mass media* hanno enfatizzato a dismisura gli

innegabili grandi miglioramenti tecnologici ingenerando nei malati l'errata convinzione che ci sia una soluzione per tutti i problemi e, se c'è qualcosa che non va, il risultato negativo non è da attribuire alla evoluzione inarrestabile delle diverse patologie, ma all'operato di questo o quel chirurgo o al cattivo impiego dei mezzi diagnostici e tecnologici.

A partire poi dagli anni Novanta, questo perverso modo di leggere la Sanità da parte dei *mass media* ha introdotto il concetto della cosiddetta malasànità, che comporta un'informazione distorta circa l'operato di un chirurgo o di un gruppo chirurgico e che porta, direttamente, ad un giudizio di colpevolezza ancora prima che esista una sentenza da parte della magistratura. L'allargamento di questo fenomeno sta comportando l'esecuzione di una chirurgia "difensiva", sempre più povera di spunti di intraprendenza e di sana temerarietà operativa.

Da una disciplina dunque così tormentata e diversificata nelle individualità ne esce un professionista impoverito nella sua essenza chirurgica.

Il ruolo del chirurgo era un tempo vestito di ambizioni, attese, certezze; oggi tutto questo manca! Alla ambizione si è sostituita la demotivazione, alla certezza la incertezza anche del nostro domani. Sono scomparse le regole, sono scomparsi i riferimenti. Interpretare questo cambiamento è difficile come difficile è accettarlo e viverlo. La chirurgia non ha abbassato il suo profilo, anzi lo ha alzato e di molto, ma si è abbassato il profilo del chirurgo. Perché?

Non ci sono più scuole, non ci sono più *leader*, non c'è più carisma, non ci sono certezze: ingredienti certamente da soli non validi per guarire la malattia, ma in grado di dare fiducia al malato e visibilità a tutta la chirurgia. Senza questi ingredienti che, nel bene e nel male, costituiscono la spina dorsale della nostra professione nella sua concezione più variegata (accademica, ospedaliera, privata) è semplicemente illusoria l'idea di costruire un equilibrio chirurgico nazionale o internazionale, che possa dare soddisfazioni al malato e benessere economico alle Aziende.

---