



Lettera aperta al Presidente del Consiglio dei Ministri ed al Ministro della Sanità

La chirurgia è una delle eccellenze italiane nel mondo, uno degli indubbi punti di forza del sistema sanitario italiano ed i chirurghi tutti sono nei rispettivi compiti istituzionali, protagonisti di un processo comune di assistenza, di formazione, di perfezionamento, di ricerca e, sempre più, di problematiche politico-sanitarie.

Il contesto nel quale essi operano è, per certi versi, ampiamente positivo; mentre, per altri, è terribilmente negativo.

Il SSN italiano nel quale operano rappresenta un contesto positivo.

L'organizzazione mondiale della Sanità, che ha messo a confronto sistemi sanitari in tutto il mondo, colloca l'Italia al secondo posto assoluto per capacità di risposta assistenziale universale, in rapporto alle risorse investite.

A ciò si aggiunge l'ultima rilevazione Istat sul gradimento dei servizi sanitari da parte dei cittadini, che evidenzia come oltre il 60% degli italiani apprezzi la sanità pubblica, con percentuali di gradimento che in alcune Regioni raggiungono l'80%. Tutto ciò malgrado il costante impegno dei media ad evidenziare ossessivamente solo eventi avversi o episodi di cosiddetta "malasanità".

Nell'aprile del 2010, per Burson-Marsteller e la Società Italiana di Chirurgia, l'Istituto per gli Studi sulla Pubblica Opinione (ISPO) ha svolto un sondaggio su un campione statisticamente rappresentativo, tramite interviste telefoniche con un questionario di tipo strutturato.

Per quanto concerne la fiducia, otto italiani su dieci si pronunciano favorevolmente (l'80% ha abbastanza o molta fiducia nei chirurghi italiani). La variabile che differenzia maggiormente i giudizi è l'esperienza diretta. L'85% degli operati di recente si dichiarano soddisfatti. Anche tra gli operati insoddisfatti, comunque, il 59% ha fiducia nei chirurghi, il che testimonia un credito di fiducia che, a dispetto dell'esperienza negativa, resta comunque notevole e radicato.

In sintesi, il dato più confortante ed eclatante è che tra chi ha avuto un'operazione negli ultimi quattro anni, il 52% è molto soddisfatto ed il 33% sufficientemente soddisfatto.

I chirurghi comunque si sono ormai resi conto che i tempi dell'individualismo autoreferenziale dei Maestri della chirurgia è terminato e che, invece, ci si debba dotare di un sistema di crediti che valuti la preparazione professionale, nonché di un sistema di grading che assegni l'accREDITamento per specifici atti assistenziali.

La crescente innovazione tecnologica con il difficile bilanciamento di costi e benefici, la necessità di comprendere le obiettive difficoltà del sistema, il nuovo e problematico rapporto dei clinici con le figure manageriali amministrative, il rapporto con il paziente spesso male informato, con aspettative elevatissime e mentalità risarcitiva consolidata e, infine, una tipologia di lavoro interdisciplinare e di squadra, sono temi trasversali oggi ineludibili e da governare con attenzione.

Le problematiche trasversali non possono però essere trattate singolarmente con l'intento di trovare soluzioni senza una visione di insieme complessiva.

Governare questi cambiamenti non può essere compito del chirurgo soltanto, ma frutto di cultura, di informazione completa e di rapporti tra tutti gli attori coinvolti: istituzioni, Società scientifiche, strutture sanitarie, chirurghi e pazienti.

Un esempio di tale sinergia è quello che ci si propone se consideriamo l'invecchiamento della popolazione; secondo la OMS l'Italia si posiziona al primo posto in classifica per aspettativa di vita sia per gli uomini che per le donne, davanti a USA, CANADA ed altri Paesi Europei quali Francia, Germania, Gran Bretagna e Spagna.

Invecchiando le persone si ammalano di più, si aggravano le malattie croniche, aumentano i consumi sanitari e le spese mediche; i dati Istat ci rendono noto che nel 2050 la spesa sanitaria per gli anziani potrebbe assorbire i 2/3 del budget del SSN.

Linee di tendenza, quindi, che stanno cambiando radicalmente il contesto in cui la chirurgia italiana opera; un aumento dei costi di sistema e del singolo intervento; crescente rilevanza spesso determinante, delle figure amministrative; grandi difficoltà nel rapporto con i pazienti bersaglio di distorte informazioni sanitarie, portatori di aspettative inappropriate e sempre più inclini alle vie legali per ottenere risarcimento di danni (più del 150%, in meno di 10 anni); diminuzione delle vocazioni chirurgiche da parte dei giovani, ricorso alla medicina difensiva dei chirurghi in attività e caduta verticale della possibilità di ricambio generazionale se non con l'apporto di professionalità dall'estero.

Un quadro reale e problematico che il Collegio Italiano dei Chirurghi propone alle Istituzioni, dichiarando il pericolo che le difficoltà di oggi senza adeguati provvedimenti, potrebbero portare alla liquidazione ed al fallimento di quella chirurgia italiana che, ancora oggi, per livello di professionalità e di eccellenze risulta essere tra le prime del mondo.

I provvedimenti legislativi (alcuni dei quali già contenuti in disegni di legge) che da tempo sono in attesa di completamento del loro iter rivestono, oggi, l'aspetto di assoluta urgenza.

Secondo dati recenti dell'ANIA, in un anno solare sono ben oltre 34.000 le denunce dei cittadini (o, meglio, la segnalazione di eventi di varia natura o anche le semplici lamentele) per danni riferibili alla sanità.

L'incremento continuo delle richieste risarcitorie ha provocato una crescente difficoltà dei singoli chirurghi ed anche delle strutture sanitarie a reperire

coperture assicurative adeguate, mentre i dati emergenti evidenziano una progressiva chiusura del mercato assicurativo verso il rischio clinico.

L'istituto promosso dal Governo, etichettato con una forzatura (rispetto agli altri modelli europei) come mediazione, per varie ragioni sembra avere poche prospettive di successo a causa delle procedure, delle spese connesse e dei soggetti mediatori che, come si evidenzia dalle caratteristiche degli enti già abilitati, risultano in gran parte digiuni di una materia così complessa come la responsabilità medica.

Manca un sistema di gestione del rischio clinico a livello aziendale, regionale e nazionale, non esiste una previsione di responsabilità delle strutture sanitarie fondata su un titolo autonomo per "difetto di organizzazione e violazione dell'obbligo di sicurezza nell'erogazione delle cure", fatto distinto da quello che fonda sulla responsabilità del medico, per negligenza imprudenza ed imperizia tutto l'impianto responsabile.

La struttura, infatti, dovrebbe rispondere ben oltre la prestazione alberghiera e, comunque, avere l'obbligo di dotare il chirurgo che ivi presta l'attività, di una assicurazione immediatamente e direttamente operativa per la copertura di danni ai pazienti derivati dall'attività chirurgica del singolo e dell'equipe, nonché dei danni cagionati da carenze strutturali o organizzative della struttura stessa.

In ogni caso si apra un tavolo tecnico del Governo con ANIA ed il Collegio Italiano dei Chirurghi nel quale si definisca un vincolo di obligatorietà per le compagnie di assicurazione a stipulare polizze assicurative di responsabilità civile professionali per la chirurgia e le strutture chirurgiche e criteri di regolamentazione di tutta la materia .

Attesa la necessità di prevenire con le più adeguate tutele le lesioni di un bene di rilievo costituzionale come quello della salute attraverso la comparazione dei dati del contenzioso medico legale e della disciplina della responsabilità medica, il Collegio Italiano dei Chirurghi ritiene inderogabile prevedere che venga normata anche una soglia di gravità della condotta errata pur lasciando all'apprezzamento dell'Autorità Giudiziaria la differenziazione delle ipotesi e le fattispecie suscettibili di essere penalmente rilevanti; soglie di punibilità sono previste nel diritto tributario così come nel settore ecologico e della tutela

dell'ambiente. Per un procedimento penale di inquinamento di solito non basta versare un bicchiere di olio combustibile in un lago.

Dovrebbe essere preciso mandato da parte delle Istituzioni alle Società scientifiche di suggerire da una parte quegli interventi chirurgici ad altissimo rischio per i quali la soglia di punibilità deve essere molto alta, pena la mancata esecuzione dell'intervento per un concetto comprensibile di chirurgia difensiva; d'altra parte l'indicazione ai tribunali di periti finalmente competenti per i livelli di gravità della lesione in giudicato.

Ma la legge concernente il riconoscimento delle Società scientifiche attende da tempo di essere approvata.

Dalla vecchia definizione di medico chirurgo iscritto all'ordine dei medici ad oggi troppa acqua è passata sotto i ponti; il medico chirurgo è evoluto in uno specialista in chirurgie diverse che usa tecnologie sofisticatissime ed il cui standard di operatività non può certo essere valutato da un generico ordine dei medici chirurghi.

La Società scientifica dovrebbe presiedere alla formazione (molti anni di normative, convegni, commissioni con minimo coinvolgimento delle Società scientifiche per non arrivare oggi a una definizione seria di educazione medica continua. ECM); esprimere criteri per una seria riforma delle inadeguate procedure concorsuali per posti apicali, proponendo griglie di valutazione scientifica ed operative su curricula puntualmente riportati a graduatoria (troppe le scelte inappropriate e diversamente influenzate da parte del direttore generale su un gruppo di "idonei" propositigli dalla commissione esaminatrice); indicazioni sostanziali e non formali per l'utilizzo di alte tecnologie nell'ottica dei costi e dei benefici; sviluppo di organizzazione di informazioni autorevoli e sicure su metodiche di cura ed innovazioni sanitarie, attraverso la creazione di fonti ufficiali autorevoli e certificate, facilmente fruibili dai cittadini, rigorose nei contenuti e validate da evidenze cliniche. Oggi assistiamo allo sdoganamento a mezzo stampa di informazioni distorte e mendaci, che accreditano tecniche e strumentazioni senza alcun controllo



Collegio Italiano dei Chirurghi

scientifico. Di conseguenza risulta sempre più difficile gestire le aspettative dei pazienti, i contenziosi medico-legali ed il flagello della medicina difensiva.

Solo le Società scientifiche sono in grado di verificare gli standard di accreditamento per determinate cure chirurgiche di particolare eccellenza e complessità, sia per quanto riguarda il chirurgo operatore, che la struttura. Sono finiti i tempi nei quali tutti facevano tutto, in ogni ospedale pubblico o privato con standard generici riferiti al massimo alla specialità in oggetto e con costi non dedicati.

Il Collegio Italiano dei Chirurghi e le Società scientifiche di chirurgia sono ancora una volta pronti ad essere interlocutori delle istituzioni come co-protagonisti di scelte tecniche, politico amministrative e come veicolo di corretta e completa informazione.

Prof. Marco d'Imporzano

Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi

Presidente Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

Prof. Pietro Forestieri

Past President del Collegio Italiano dei Chirurghi

Past President della Società Italiana di Patologia dell'Apparato Digerente

Presidente Emerito della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche

Prof. Marco Piemonte

Vice-Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi

Presidente della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico Facciale

Prof. Carlo Sbiroli

Vice-Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi



Collegio Italiano dei Chirurghi

Delegato Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Prof. Natale Di Martino

Segretario Generale del Collegio Italiano dei Chirurghi
Presidente della Società Italiana di Ricerche in Chirurgia

Prof. Giuseppe Vespasiani

Segretario Tesoriere del Collegio Italiano dei Chirurghi
Delegato della Società Italiana di Urologia

Prof. Giorgio de Toma

Consigliere del Collegio Italiano dei Chirurghi
Presidente Eletto della società Italiana di Chirurgia

Prof. Vincenzo Jasonni

Consigliere del Collegio Italiano dei Chirurghi
Presidente della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica

Prof. Vittorio Creazzo

Revisore dei conti effettivo del Collegio Italiano dei Chirurghi
Delegato della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca

Prof. Roberto Delfini

Revisore dei conti effettivo del Collegio Italiano dei Chirurghi
Delegato della Società Italiana di Neurochirurgia

Prof. Lorenzo Norberto

Revisore dei conti effettivo del Collegio Italiano dei Chirurghi



Collegio Italiano dei Chirurghi

Past President della Società Italiana di Endoscopia: Area chirurgica (ISSE)
Presidente dell'International society for Surgical Endoscopy

Prof. Carmelo Massimo Misiti

Revisore dei conti supplente del Collegio Italiano dei Chirurghi
Delegato della Società Italiana di Artroscopia

Prof. Francesco Stillo

Revisore dei conti supplente del Collegio Italiano dei Chirurghi
Delegato della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare

Prof. Roberto Tersigni

Presidente della Commissione dei garanti del Collegio Italiano dei Chirurghi

Prof. Pasquale Berloco

Garante del Collegio Italiano dei Chirurghi
Vice-Presidente della Società Italiana Trapianti di Organi

Prof. Marsilio Francucci

Garante del Collegio Italiano dei Chirurghi
Presidente della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery