

ANNUARIO DI CHIRURGIA

Archivio e Atti
del



Collegio Italiano dei Chirurghi

APRILE 2023

Archivio e Atti del Collegio Italiano dei Chirurghi

Aprile 2023

- Prefazione** pag.58
Prof. Diego Foschi
Presidente Collegio Italiano dei Chirurghi
- Il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale: una promessa utopistica?** pag.59
Prof. Francesco Cognetti
Oncologo, Presidente FoSSC
- Idee per la Sanità** pag.63
Prof. Vito D'Andrea
Professore Ordinario Chirurgia Generale
- È possibile il recupero delle prestazioni mancate durante la Pandemia COVID-19
in Italia?** pag.71
Intervista al Prof. Filippo La Torre,
Presidente Emerito Collegio Italiano dei Chirurghi
- Approccio al “Risk Management” in Sanità: in cammino verso la “sicurezza del
volo” anche nel percorso sanitario** pag.83
Prof. Marco Piemonte
Past President Collegio Italiano dei Chirurghi
- Il rilancio della chirurgia oftalmologica** pag.90
Dr. Danilo Mazzacane
Segretario Generale GOAL -Gruppo Oculisti Ambulatoriali Liberi

PREFAZIONE

Negli ultimi due mesi, numerosissimi episodi hanno richiamato l'attenzione dei media sui tanti problemi della Sanità: l'uccisione a Pisa di una stimata professionista psichiatra, appassionata del suo lavoro e portatrice di autentica solidarietà ai malati, che fa seguito a quella, mesi orsono, di un chirurgo a Milano, ha richiamato l'attenzione sull'annoso problema della sicurezza degli operatori sanitari sui luoghi di lavoro. L'inasprimento delle pene è una misura inefficace: in entrambi i casi e quasi sempre quando gli episodi assumono la caratteristica della violenza incontrollata ne sono protagonisti soggetti con una chiara identità asociale, squilibrata o delinquenziale che non è in grado neppure di comprendere il messaggio che si vuole dare. Se davvero si vuole ottenere un risultato tangibile bisogna risalire la china dell'impegno e dell'approntamento delle competenze sul campo, siano esse sanitarie o di sostegno, com'è quella della forza di pubblica sicurezza. Ma la realtà è che l'assunzione di nuovi addetti è estremamente difficoltosa. All'ultimo bando dell'ATS Milano per la copertura dei posti di MMG hanno risposto 48 medici a fronte della necessità di 428 assunzioni e anche il bando dell'ASST Nord Milano per posizioni di specialista nell'ambito della medicina territoriale è andato a copertura minima: 12 posizioni su 50. La crisi del sistema risulta eclatante ed è attualissima: sapere che aumenteremo i posti di medicina non è una soluzione, perché i corsi di laurea durano 6 anni e quelli di specializzazione altri 4 o 5 anni. La mancanza di medici si farà sentire ancora a lungo e con intensità crescente: abbiamo bisogno di maggiore supporto amministrativo e di minore burocrazia per noi. C'è poi il problema della frantumazione delle risposte nei diversi sistemi sanitari regionali: la Calabria ha deciso di "importare" medici da Cuba. A prescindere dall'ostacolo della mancata iscrizione all'Ordine dei Medici, che richiede il riconoscimento del titolo di Studio di uno stato extracomunitario, vi è il dato di fatto che i professionisti vengono inseriti non sulla base di assunzioni individuali ma di un accordo fra enti che implica la possibilità di un venire meno della forza lavoro su larga scala e in un tempo brevissimo per decisioni puramente politiche. Siamo di fronte a un "doping di sistema" veramente molto pericoloso. In altre Regioni, si è tentato di demandare funzioni mediche ad altri operatori sanitari non qualificati alle attività censite: i tribunali amministrativi hanno bloccato queste iniziative, riportandoci alla condizione base. Per modificare le qualifiche professionali, creando delle figure tecniche di supporto, bisogna estrapolare gli obiettivi, stabilire i programmi e il curriculum pratico che consentano di licenziare nuovi operatori tecnici sub specialistici: altrimenti si crea una situazione

confusa ed opaca. Sempre per rimanere nel campo dei problemi di ordine legale, è degli ultimi giorni la presa di posizione dei due Ministri, della Salute e della Giustizia che si sono espressi sul problema della mancata tutela dei medici anche in questo campo. Il Ministro Schillaci, assai lodevolmente si è speso per la depenalizzazione dell'atto medico, mentre il Ministro Nordio ha dichiarato questa via non praticabile. Non facessero parte dello stesso governo... Una Commissione, istituita ad hoc, riformerà la normativa e si spera la riporterà a una connotazione più praticabile; al momento filtrano voci di una soluzione ancora più complessa: sarà possibile agire dopo una sentenza di assoluzione per richiedere che il soggetto soccombente venga riconosciuto come autore di un'azione temeraria. Se fosse così gli studi legali avrebbero ulteriori (penso graditi) motivi di aggravio lavorativo: il numero delle cause aumenterà, invece di diminuire.

Altri temi sul tappeto riguardano l'equo compenso, la regolamentazione delle procedure di assunzione per rimanere sul terreno delle iniziative che riguardano i singoli, il nuovo prontuario e il tariffario delle prestazioni ambulatoriali che disegna una sanità molto più "economica" con margini assai ridotti soprattutto per gli operatori più periferici e meno avanzati sul piano tecnologico. Tutta la Sanità è in movimento, ma senza che vi siano segnali forti d'investimento sui temi che ci riguardano. Perciò credo che questo numero del nostro Annuario risulterà per tutti voi molto stimolante.

Ospitiamo un articolo molto obbiettivo e perfettamente calibrato del Prof. Cognetti sui problemi della ripresa sanitaria dopo il COVID, a cui fa eco l'intervista ad EURISPES del Prof. La Torre sul mancato recupero delle prestazioni, che è ormai un dato di fatto. Abbiamo bisogno di idee nuove e quelle proposte dal Prof. D'Andrea dovrebbero essere considerate con grande attenzione... ma senza stanziamenti adeguati non saremo in grado di realizzare nessun disegno di modernizzazione.

Il Prof. Piemonte ci riporta nel campo delle cose che possiamo fare per rendere più efficiente e sicuro il nostro procedere nell'attività quotidiana, riprendendo il tema del "risk management" destinato a non esaurirsi nel breve periodo. Infine, ospitiamo un articolo del Dr. Mazzacane sui problemi dell'Oftalmochirurgia, perché dobbiamo essere i portatori di tutte le istanze anche quelle "superspecialistiche" che oggi tendono ad essere a torto tralasciate.

A tutti voi: buona lettura.

Diego Foschi

IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: UNA PROMESSA O UN'UTOPIA?

Francesco Cognetti*

Nelle ultime settimane i vertici dell'OMS hanno più volte ribadito che la pandemia terminerà a breve e già in Italia viene annunciata la sospensione dell'obbligo della mascherina in diversi ambienti anche ospedalieri. Si tratta di una buona notizia, perché il Covid-19 non rappresenta più quella tragica emergenza che ha sconvolto tutte le nostre vite negli ultimi anni.

Tutti i sistemi sanitari del Pianeta hanno dovuto affrontare una sfida epocale. E nel nostro Paese abbiamo registrato, nelle fasi più acute della pandemia, la mortalità più elevata in tutta Europa, nonostante il livello del contagio della popolazione non sia stato tra i più alti. In Paesi come la Germania e la Francia, dove la Medicina Pubblica era più forte, le cose sono andate meglio. A noi è andata male come agli inglesi e piangiamo ancora i nostri 190.000 morti. Nella primavera del 2020 il virus ha evidenziato le grandi debolezze di un sistema, che erroneamente credevamo efficiente.

Adesso, però, è arrivato il momento di agire. Il primo punto sul quale bisogna intervenire è l'incremento delle risorse finanziarie dedicate al comparto della salute.

La previsione della spesa sanitaria in rapporto al PIL per il periodo 2023-2026 registrerà già nel 2024 il ritorno a valori del 6,3% rispetto ad una media dell'8,8% di 37 Paesi dell'OCSE e del 10% circa di Francia e Germania. Torneremo quindi a livelli di spesa sanitaria sul PIL inferiori all'epoca pre-pandemica. Viene riproposto il ripristino dei tagli lineari alla sanità del Governo Monti e successivi, gli stessi che hanno ridotto la Sanità allo stremo lasciandola sfracellare contro la catastrofe della pandemia.

In una decade (tra il 2010 e il 2019) si è assistito ad un progressivo depotenziamento dell'assistenza ospedaliera del nostro Paese. Gli istituti di cura sono diminuiti da 1.165 a 1.054, con un taglio di circa 25mila posti letto di degenza ordinaria (da 215mila a 190mila). Mancano nel nostro Paese 30.000 medici, soprattutto ospedalieri, 70.000 infermieri e circa 100.000 posti letto. In queste condizioni sarà impossibile attuare ciò che è previsto dal PNRR sulla Medicina Territoriale, come anche il Ministro Fitto ha recentemente rilevato. In una situazione nella quale ben 12 Regioni su 20, negli ultimi dieci anni, non hanno registrato l'adempimento cumulativo di almeno l'80% dei Livelli Essenziali di Assistenza e 14 su 20 registrano un saldo negativo della mobilità sanitaria dei loro cittadini e per 9 di esse anche molto pesante. Deboli e carenti poi sono gli interventi delle Istituzioni Sanitarie pubbliche sui programmi di prevenzione primaria

per le patologie più importanti e, per quel che riguarda la prevenzione secondaria ed in particolare gli screening oncologici, ben 13 Regioni su 20 presentano livelli di adesione inferiori al 50% della popolazione target, mentre l'Europa chiede a tutti gli Stati membri di raggiungere entro il 2025 la percentuale del 90%.

Per non parlare dei programmi di assistenza ai pazienti oncologici con la presentazione di un documento ministeriale che rappresenta un pregevole esercizio culturale, ma è certamente privo di obiettivi precisi, di un cronoprogramma e di risorse sufficienti. Non si tratta di un piano operativo, come invece è stato prodotto dalla Commissione Europea nell' "Europe's Beating Cancer Plan".

Questa situazione è stata rappresentata con forza dal Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani (FoSSC) e dalle 30 Società Scientifiche afferenti. Abbiamo avuto ripetuti incontri con il Ministro della Salute Schillaci, nei quali abbiamo chiesto di abbandonare tutte le politiche di deospedalizzazione. Abbiamo anche prospettato soluzioni possibili e praticabili, immaginando una nuova idea più moderna e più avanzata di Ospedale, quindi un percorso da condividere tra i rappresentanti della scienza e delle Istituzioni, un progetto in grado anche di offrire e ricercare un accordo di sostenibilità anche per eliminare diseconomie e per ridurre gli sprechi.

Oltre a maggiori finanziamenti, non vi è dubbio che la nostra sanità abbia l'assoluta necessità di una riforma di sistema e non di provvedimenti tampone e parcellari, intrapresi sulla base di specifiche emergenze. Esiste una emergenza complessiva del nostro Sistema Sanitario che bisogna affrontare.

Va inoltre superata la ormai antiquata dualità fra Ospedale e Territorio. È necessario un unico sistema di servizi interconnesso, continuo e complementare, in cui prevalga l'idea di ospedale esteso al territorio e adeguato alle necessità della popolazione. Solo così sarà davvero possibile rimediare a due annosi problemi dei nostri nosocomi: le lunghe liste di attesa e il sovraffollamento dei Pronto Soccorso.

L'OCSE, molto preoccupato per possibili nuove crisi sanitarie nei Paesi che investono minori risorse in salute, per l'Italia prevede un investimento pari almeno all'1,4% all'anno, che equivale a circa 25 miliardi di euro, prendendo a riferimento il PIL del 2021.

Laddove non esistano altre fonti di finanziamento, va attentamente valutata la possibilità di attingere ai 36 miliardi del MES, materia liquidata troppo sbrigativamente sulla Sanità.

Sono passati più di 45 anni dall'approvazione della Legge 833/78, quella che istituì il Servizio Sanitario Nazionale. Mai come in questo momento bisogna adottare tutti i provvedimenti affinché i principi, che ispirarono quella fondamentale riforma, siano applicati.

Ma forse la questione più delicata è che sentiamo il dovere di rappresentare la nostra grande preoccupazione sul grave grado di compromissione del sistema di garanzie costituzionali alle quali i cittadini avrebbero diritto. La situazione degli ospedali è davvero pesante, non più tollerabile e necessita di interventi adeguati e tempestivi. La crisi del sistema ospedaliero, a causa delle politiche deliberatamente anti-ospedaliere del passato prima ancora della pandemia, e paradossalmente ignorata dal PNRR, è innegabile ed ha raggiunto livelli di tale criticità da creare per la prima volta in tutti noi un enorme problema deontologico e morale.

Noi oggi non siamo più disposti ad assecondare, a scapito dei nostri doveri morali, le scelte politiche sbagliate che da anni, nostro malgrado, stiamo subendo come medici, con conseguenze estremamente dannose per i nostri ammalati. Siamo sempre stati dalla parte dei malati e per nessun motivo intendiamo venire meno ai nostri doveri nei loro confronti.

***Prof. Francesco Cognetti**

**Oncologo e Coordinatore del Forum delle Società Scientifiche
dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani - (FoSSC)**

mail: f.cognetti1@gmail.com

IDEE PER LA SANITÀ

Vito D'Andrea*

Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano è universale e garantisce a tutti l'assistenza sanitaria gratuita, fondandosi sulla medicina di famiglia, sulla continuità assistenziale territoriale, sul Pronto Soccorso, sulla specialistica ambulatoriale e sulla Rete Ospedaliera.

La spesa per il Servizio Sanitario Regionale supera generalmente il 70% del bilancio complessivo di una Regione fino a raggiungere l'80% in qualche Regione. L'aumento progressivo dell'età media della popolazione italiana, con un'aspettativa di vita di 79 anni per gli uomini e di 84 anni per le donne, ha condotto l'Italia ad essere il Paese più longevo d'Europa, concorrendo peraltro ad aumentare anche la spesa sanitaria.

Il carattere universale della Sanità Pubblica Italiana ha meritato all'Italia il secondo posto, subito dopo la Francia, nella classifica OMS su 196 Paesi, ma se il bene Salute non ha prezzo, la Sanità ha un costo elevato e le risorse disponibili devono essere ben spese, secondo i principi dell'economicità di gestione.

La prima idea: gli Ospedali d'Eccellenza.

In alcune Regioni, soprattutto del Centro-Sud d'Italia, ci sono troppi Ospedali generalisti in rapporto alla popolazione residente: molti Comuni hanno voluto il proprio Ospedale, per dare ai cittadini la possibilità di essere ricoverati vicino casa, senza doversi allontanare e, con essi, i loro familiari. È una idea sbagliata e pericolosa: oggi non ha più senso mantenere Unità Operative di Medicina e di Chirurgia Generale nei numerosi Ospedali esistenti nelle Regioni, perché è dimostrato che i migliori risultati terapeutici sono raggiunti dalle "Equipe" altamente specializzate in un'unica specialità medico-chirurgica.

Ad esempio, un'Equipe chirurgica è altamente specializzata in Chirurgia Tiroidea se esegue più di 30 Tiroidectomie totali all'anno, un'altra è altamente specializzata in Chirurgia Gastrica se esegue più di 30 Gastrectomie totali all'anno e così via. Oggi la scienza medica progredisce così rapidamente che un medico non può garantire ad un paziente il miglior trattamento possibile se non in una o due specialità della Medicina e Chirurgia. Ad esempio, un medico sarà tra i migliori specialisti per il trattamento del Diabete, un altro per l'Ipertensione arteriosa, un altro ancora per l'Osteoporosi, mentre un chirurgo sarà tra i migliori per la chirurgia della Tiroide, un altro per la chirurgia della Mammella, un altro

ancora per la chirurgia gastrica e così via. Gli Ospedali generalisti di zona dovranno essere sostituiti dai Centri di Eccellenza, dotati di strutture recettive adiacenti per l'ospitalità dei familiari. Il passaggio dalla cultura dell' "Ospedale vicino casa" alla cultura dell'Ospedale d'Eccellenza ci consentirà di migliorare i risultati terapeutici e di risparmiare risorse preziose.

La seconda idea: la degenza post-acuzie.

Gli Ospedali d'Eccellenza devono servire per il trattamento dei pazienti "acuti". Dopo il trattamento medico-chirurgico di una patologia "acuta", i pazienti devono essere trasferiti in Reparti di prossimità, dove un posto letto costa molto meno, pur essendo garantita la continuità di cura, per lasciare il posto letto "d'eccellenza" ad un nuovo paziente da trattare per una patologia "acuta".

La terza idea: l'appropriatezza diagnostica.

Oggi i medici richiedono troppi esami diagnostici, in particolare TC e RM, che nell'80% dei casi risultano negativi. Spesso vengono richiesti esami diagnostici senza prima visitare i pazienti. Una visita medica accurata e completa permette di evitare esami diagnostici inutili e di richiedere soltanto gli esami necessari a confermare la diagnosi. Il medico deve visitare i pazienti: l'anamnesi e l'esame obiettivo consentono di arrivare alla diagnosi in più del 90% dei casi.

La conferma della diagnosi dev'essere affidata ad un esame diagnostico mirato.

Il "check-up" di prevenzione medica dev'essere fondato su una visita medico-chirurgica completa e su pochi esami diagnostici scelti sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo del paziente.

La quarta idea: la mutualità integrativa.

Ancora oggi la spesa sanitaria privata delle famiglie italiane è valutabile in 35 miliardi di euro all'anno, pari al 2% del PIL ed al 20% della spesa sanitaria totale. Il 57% di tutte le visite specialistiche è pagato di tasca propria dai cittadini, i quali pagano le tasse per l'assistenza sanitaria pubblica e pagano di nuovo per le visite specialistiche: il pagamento plurimo per le stesse prestazioni è assolutamente da bandire.

I cittadini hanno però il diritto di scegliere lo specialista di propria fiducia e di essere curati oppure operati da quello specialista. Non sempre la scelta del paziente è fondata su criteri oggettivi di qualità e professionalità dello specialista

prescelto, perché spesso il paziente assume informazioni parziali e giudizi soggettivi che possono non corrispondere alla realtà. Ai fini della trasparenza e del controllo di qualità delle prestazioni, è indispensabile controllare tutte le cartelle cliniche (e non soltanto il 2% di esse come succede adesso) e pubblicare in Internet i risultati ottenuti da tutte le Unità Operative operanti in Italia.

Al fine di rendere più efficiente il Servizio Sanitario Pubblico, ben venga l'integrazione con il Privato e con l'attività libero-professionale intramoenia, purché i cittadini non debbano pagare di tasca propria le prestazioni ma siano garantiti dai Fondi Sanitari Integrativi.

Con il Decreto del Ministero della Salute del 17/03/2008 è stata istituita l'Anagrafe dei Fondi e ne sono stati già censiti più di 500.

In sede di contrattazione collettiva, è auspicabile che le Aziende assicurino a tutti i lavoratori ed alle loro famiglie l'attivazione dei Fondi Sanitari Integrativi per le prestazioni sanitarie non incluse nei L.E.A. ed anche per quelle incluse nei L.E.A. ma per le quali i lavoratori ed i propri familiari vogliono avvalersi del diritto della libera scelta del Medico.

Per i lavoratori autonomi ed i loro familiari, è auspicabile agevolare la stipula di un'Assicurazione, grazie al sistema delle deduzioni fiscali, già previste fino ad un massimale di euro 3615 all'anno.

I professionisti, accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale, potranno convenzionarsi con le Assicurazioni e con i Fondi Sanitari Integrativi al fine di offrire a tariffe agevolate le prestazioni sanitarie comprese nella propria specializzazione.

La quinta idea: il riconoscimento giuridico dell'atto medico-chirurgico.

Il chirurgo che incide la cute del paziente con il bisturi compie una lesione dell'integrità fisica della persona!

Sembra incredibile, ma ancora oggi vige il Codice penale Rocco, per cui un colpo di bisturi è assimilabile ad una coltellata! Soltanto il consenso informato, liberamente e validamente espresso dal paziente, evita al chirurgo l'incriminazione per il reato di lesione personale.

All'epoca in cui fu emanato il Codice penale Rocco non era ancora iniziata la moderna chirurgia, che si sviluppò durante la II guerra mondiale, e quindi non era previsto l'atto chirurgico.

È iniziata la XVIII Legislatura senza che sia stato definito l'atto chirurgico nella legislazione italiana!

È urgente e fondamentale, per i medici e per i pazienti, che l'atto chirurgico non sia più considerato una lesione personale, ma che sia definito giuridicamente.

Questa grave lacuna della legislazione italiana determina un enorme contenzioso nel rapporto medico-paziente con conseguenze negative soprattutto per i pazienti, i quali, per fare un esempio, invece di essere operati di asportazione di un tumore, potrebbero essere avviati alla terapia oncologica, che, se non è associata alla chirurgia, è spesso palliativa.

Il Parlamento Italiano dovrà approvare una norma che stabilisca che l'atto chirurgico NON è una lesione dell'integrità fisica della persona ma è un atto terapeutico!

Esamino adesso le linee d'investimento del P.N.R.R.:

Component 1 (M6C1), alla quale sono stati destinati 7 miliardi di euro. Tale componente si articola in una riforma e in tre linee di investimento da attuare entro la metà del 2026, per potenziare i servizi assistenziali territoriali con i punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione.

Delle tre linee di investimento:

- **L'investimento 1.1** (2 miliardi di euro): “Case della Comunità e presa in carico della persona” prevede l’attivazione di **1.350 Case della Comunità**, per promuovere e realizzare progetti di salute con particolare attenzione alle condizioni legate alla cronicità e alla fragilità del paziente.
- **L'investimento 1.2** (4 miliardi di euro): “**Casa come primo luogo di cura e telemedicina**” mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti, nell’assistenza domiciliare la telemedicina avrà progressivamente un ruolo strategico. In tale investimento rientrano l’istituzione delle **600 Centrali Operative Territoriali (COT)** che coordinano a livello di distretto la presa in carico della persona e raccorda tra di loro i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, con l’obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria sette giorni su sette. L’investimento ricomprende il **Portale della trasparenza**, al quale sono destinati 25 milioni per l’aggiornamento con l’obiettivo di rilevare i bisogni di salute su base territoriale e orientare la gestione dei servizi per le esigenze reali degli utenti.

- **L'investimento 1.3** (1 miliardo di euro): **“Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”** che mira all'attivazione di **400 Ospedali di Comunità**, per pazienti che necessitano di interventi sanitari a media-bassa intensità clinica e degenze di breve durata, l'ospedale di comunità ha una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere dei fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale dell'autonomia.

Alle misure della Component 1 si affiancano gli investimenti della **Component 2 (M6C2)** orientati a sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche. All'interno della Component 2, alla quale sono stati destinati **8,63 miliardi di euro**, sono individuate **1 riforma e 2 misure da attuare entro la metà del 2026**.

Gli obiettivi sono tesi a garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria nella qualità e nella tempestività delle cure; nonché a valorizzare il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale.

Misura 1 – Aggiornamento tecnologico digitale

- **Investimento 1.1** (4.052.410,00 miliardi di euro) **“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”**: prevede con l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura ad alto contenuto tecnologico, la digitalizzazione di 280 sedi DEA I e II livello
- **Investimento 1.2** (1.368.851.083,58 miliardi di euro) **“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”**: miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica
- **Investimento 1.3** (1.672.539.999,93 miliardo di euro) **“Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione l'analisi dei dati e la simulazione”**: l'investimento mira a garantire una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni e a favorire il trasferimento tecnologico per il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico; per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza

Misura 2 – Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

- **Investimento 2.1** (524.140.000,00 euro) **Valorizzazione e potenziamento ricerca biomedica del SSN** per rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- **Investimento 2.2** (737.600.00,00 euro) Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario con specifici programmi di **formazione per il personale medico e amministrativo** che prevede: 2.700 borse di studio aggiuntive per corsi di medicina generale ; un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere per 290.000 partecipanti; un Progetto formativo per acquisizione di competenze di management per 6.500 professionisti del SSN; 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.

In conclusione:

Idee per la Sanità:

- 1) Ospedali di Eccellenza al posto degli Ospedali di Comunità: il paziente sintomatico dev'essere visitato dal medico di famiglia o dal medico di fiducia, la diagnosi clinica dev'essere confermata con pochi esami diagnostici, il trattamento medico o chirurgico dev'essere attuato in tempi brevi in un centro d'eccellenza per quella specifica patologia.
- 2) Ricovero dei pazienti in Reparti di prossimità a basso costo dopo il trattamento attuato nei centri d'eccellenza.
- 3) Potenziamento dei servizi offerti dai Medici di famiglia e dalle Farmacie.
- 4) Decongestionamento del Pronto Soccorso, affinché le lunghe attese sulle barelle siano soltanto un drammatico ricordo del passato.
- 5) Riduzione delle liste d'attesa mediante l'appropriatezza diagnostica e la telediagnostica.

Vito D'Andrea

Professore Ordinario di Chirurgia Generale

Direttore III Clinica Chirurgica

Università la Sapienza, Roma

È POSSIBILE RECUPERARE LE PRESTAZIONI MANCATE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 IN ITALIA?

Filippo La Torre, Past-President del CIC - Collegio Italiano Chirurghi (intervista)

Professor La Torre, il marzo del 2020 sembra oramai lontano, ma i problemi che si sono riversati sulla sanità pubblica e sugli ospedali, in particolare, ancora oggi appaiono molto seri e ben lontani dall'essere superati...

Fin dal suo esordio la pandemia ha avuto un impatto devastante sul SSN, azzerandone le attività ordinarie per un periodo che si è rivelato molto più lungo di quanto era stato previsto. Ancora oggi se ne vedono le conseguenze, che sono gravissime. Le strutture che hanno pagato il prezzo più elevato alla sospensione (e successivamente alla forte riduzione) delle attività elettive, sono state quelle ospedaliere pubbliche medie e grandi.

I problemi più vistosi sono stati (e continuano ad essere) quelli legati alla sospensione delle attività elettive di cura, diagnosi e screening. Al momento della ripresa, infatti, non è seguito un ripristino “pieno”. Quando e dove è stato possibile, queste attività sono state riavviate ad un ritmo comunque blando. Ancora oggi il numero delle prestazioni rimane inferiore a quello del periodo pre-pandemia. È chiaro che i provvedimenti assunti per le strutture ospedaliere erano obbligati, ed io sono assolutamente convinto che andassero presi. Il problema, però, è che la compressione è durata a lungo, e se il blocco lo puoi attivare in un minuto, non lo puoi rimuovere in un minuto.

Pian piano, all'inizio quasi sottotraccia, si è cominciato a parlare anche del “latte versato”...

Riprendere, infatti, non basta: non si doveva – e non si deve – soltanto ripristinare lo *status quo ante*; si doveva – e si deve – procedere al così detto “recupero prestazionale”. Su questo tema, che ha visto me ed altri illustri colleghi impegnati anche nel gruppo di lavoro coordinato dall'Osservatorio Eurispes-Enpam, sono emersi allarmi e denunce da parte delle principali Società Scientifiche che, ancora oggi, segnalano l'esigenza primaria di una corretta funzionalità del SSN, nel rispetto del diritto dei cittadini alla salute che – non va dimenticato – discende dall'articolo 32 della Costituzione. Se ne cominció a parlare dopo la fine del primo *lockdown* ma, purtroppo, già da allora si manifestò l'impossibilità di recuperare, visto il clima di incertezza e, soprattutto, la condizione degli

ospedali bloccati dall'occupazione protratta dei reparti e dalla carenza del personale sanitario dedicato. Si è arrivati all'oggi, a poco meno di tre anni dall'esplosione della pandemia, senza neanche riuscire a scattare la fotografia di quanto si è perso e, tanto meno, ad avanzare una concreta strategia di recupero. Mancano ancora i dati del confronto 2021/2020. L'ultima proposta, dopo le tante avanzate, è quella di ampliare i budget prestazionali delle strutture private/convenzionate "con sconto". Tutto ciò fa emergere ancora di più lo stato disastroso in cui versano le grandi strutture pubbliche, chiaramente non in grado di proporsi per il recupero. Le strutture ospedaliere pubbliche medio-grandi sono state – l'ho già detto – quelle che più hanno sofferto del blocco e che hanno affrontato con maggiori difficoltà la cosiddetta ripresa. Ci sono, però, delle differenze. Alcune strutture ospedaliere, tra quelle di media dimensione e, soprattutto, quelle meno coinvolte dai "blocchi", sono state in grado di riprendere prima e con maggiore efficienza. Ma ciò, in primo luogo, è avvenuto per molti ospedali del privato/convenzionato, alcuni dei quali hanno ripreso in pieno l'attività già all'indomani della fine del *lockdown* e, spesso, hanno conseguentemente beneficiato di un incremento (immediatamente autorizzato) delle attività in budget. Risultato, forse inevitabile vista la fase: una ulteriore maggiore quota di servizi sanitari "delegata" al privato, e un'ulteriore perdita di quote di centralità per il pubblico.

Tutto ciò era inevitabile? È assai diffuso il giudizio secondo cui i Direttori Generali e i Direttori sanitari, Direttori delle strutture ospedaliere e delle ASL coinvolti direttamente nella gestione della pandemia, rapidi nelle "chiusure" delle attività, non si sono rivelati altrettanto rapidi, e soprattutto efficaci, nel loro ripristino. Ciò è legato ad una sostanziale inefficienza dei rapporti tra le autorità politiche, le varie Direzioni Aziendali, le unità operative ed i vari coordinamenti nella gestione del personale sanitario medico ed infermieristico.

Esiste, poi, il tema della refrattarietà dei cittadini a recarsi in ospedale, nei poliambulatori e, addirittura negli ambulatori dei medici di medicina generale, nei lunghi mesi in cui la diffusione del virus e la serietà dei suoi impatti sconsigliava la frequentazione di luoghi in qualche misura "a rischio" ...

Certo, si è creato anche il problema della gente che aveva paura di venire in ospedale, ovvero in strutture in buona parte dedicate ai malati di Covid-19. Anche al momento della parziale ripresa, nei nosocomi rimanevano evidenti i percorsi e le barriere anti-Covid. I triage Covid per i pazienti non-Covid hanno certamente pesato allontanando i potenziali pazienti e rallentando le procedure di ingresso, con il risultato di frenare la ripresa. Inoltre, le strutture continuavano ad essere occupate in

attesa di che cosa potesse succedere, e così anche dopo l'uscita dal *lockdown* tutto quanto è rimasto bloccato; poi è subentrata la cosiddetta "seconda ondata".

Il personale medico infermieristico e di supporto era stato destinato alle strutture Covid-dedicate, e farlo ritornare indietro alle strutture ordinarie è stato quasi impossibile. In più va valutato l'affaticamento di tutto il personale, compresi i chirurghi impegnati a fare il triage Covid e gran parte degli infermieri catapultati a riempire reparti Covid. Tutto ciò rendeva in buona parte impossibile la ripresa dell'attività ordinaria.

Ma oltre all'impatto del virus, durante la pandemia abbiamo pagato le conseguenze della ventennale politica dei tagli alla sanità e del mancato ricambio del personale; già prima del marzo 2020 si lamentavano risorse umane carenti ed invecchiate. La pandemia, nell'immediato, ha permesso l'assunzione (solo a tempo determinato) di nuovi professionisti, ma purtroppo questo meccanismo virtuoso si è subito bloccato, impedendo di sfruttare l'occasione di un generale, indispensabile incremento di personale nei diversi ruoli professionali. Il risultato è che oggi vi sono, sì, molti più giovani, ma questi sono impegnati in ruoli diversi dalle aspirazioni agognate, in condizioni di precarietà, mal pagati e scontenti. Gli anziani, invece, vanno via in anticipo...

Torneremo a parlare dell'emorragia di figure professionali. Rimanendo al tema dei più giovani, cosa è accaduto della loro formazione professionale all'interno delle strutture impegnate nella risposta al Covid-19?

È subito emerso che la pandemia ha fatto saltare il meccanismo della formazione medico-specialistica. È stata ancora più evidente la preesistente sproporzione tra il numero degli specialisti in servizio e quelli assai carenti di chi è in formazione programmata. La pandemia si è aggiunta ad un difetto della programmazione che viene da lontano, figlio anch'esso della ventennale politica dei tagli.

Anche i Policlinici Universitari, grandi strutture territoriali e, al contempo, centri di eccellenza per la formazione, sono stati immediatamente coinvolti nel piano di emergenza con la motivazione che avevano tutte le specialità necessarie ad affrontare la crisi, con il risultato che, per più di un anno, sono praticamente saltate le attività di formazione. Faccio un esempio che mi tocca direttamente. Al Policlinico Umberto I, lo specializzando in chirurgia del primo anno (2020) non è potuto entrare

in sala operatoria; in quello successivo, il 2021, vi è entrato per un 30% del tempo previsto in precedenza. Per altro verso gli specializzandi all'ultimo anno sono stati prontamente assunti per sostituire i loro tutor e altri professionisti anziani; ora, essendo terminato il periodo di specializzazione, non sanno se saranno assorbiti o se saranno accompagnati all'uscita. Inoltre, hanno lavorato in buona parte nei pronto soccorso, a prescindere dalla specializzazione che stavano frequentando. Tutto ciò ha generato insoddisfazione e frustrazione.

E come è andata per la ricerca?

La ricerca scientifica è, per definizione, un patrimonio soprattutto universitario. Nei Policlinici Universitari la ricerca dovrebbe essere alla base del complessivo lavoro alla quale si aggiungono, inscindibili, insegnamento ed assistenza. Il periodo pandemico ha cambiato l'ottica; è cessata la ricerca specialistica differenziata e la si è concentrata sul tema infettivologico e su tutte le conseguenze dei suoi impatti. Le riviste scientifiche più prestigiose si sono aperte alla immediata pubblicazione di ricerche sul tema, dilazionando quelle di altro settore.

Prima di lasciare il tema del recupero prestazionale, un'ultima valutazione. Oggi, come siamo messi nei grandi ospedali maggiormente interessati dalla risposta al Covid-19?

Ho letto e ascoltato molte dichiarazioni di importanti responsabili sanitari, di direttori generali di grandi strutture ospedaliere, assessori alla sanità di diverse Regioni italiane, secondo cui "siamo fuori", "stiamo riprendendo", "stiamo risolvendo il problema delle liste d'attesa che si sono ulteriormente dilatate nella fase-Covid". Nessuno, però, ha potuto affermare "abbiamo ripreso al 100%". Quasi nessuna struttura ha ripreso al 100%.

Passando agli operatori della sanità, che tracce ha lasciato la pandemia sul personale medico, infermieristico e tecnico? Qual è, oggi, la sua condizione, direi anche, emotiva?

Lo stato emotivo non può che essere direttamente legato a quello che abbiamo vissuto negli ultimi due anni abbondanti. Nel primo periodo tutto il personale utilizzabile è stato catapultato sull'emergenza; poi sono state fatte alcune assunzioni – si badi bene, a tempo determinato – di personale sia medico che infermieristico per rafforzare i reparti ad altissima intensità di cura. Attenzione: parliamo di personale a tempo determinato assunto per coprire i cosiddetti buchi, ma l'altro personale, quello preesistente, era un personale provato dall'età. Si consideri che abbiamo la più alta età media del personale

medico rispetto a tutta Europa e questo è dovuto al mancato ricambio degli ultimi 20 anni. Inoltre, queste figure sono state impegnate sul Covid, provenendo però da settori dove, per così dire, facevano un altro mestiere. Allo stesso tempo, il personale non dedicato al Covid, non potendo agire per il blocco degli accessi e delle strutture, era costretto a stare senza fare niente, a grattarsi le mani, oppure a lottare con le direzioni aziendali per cercare di riprendere, almeno in parte, le attività che aveva dovuto interrompere. Il personale è provato, fisicamente e psicologicamente. Per quello anziano vale il fatto che la sua età non è più congrua per sopportare certi ritmi, e quello nuovo, gli specializzandi, gli infermieri scovati attraverso mille *escamotage* e spesso presi dall'estero (in alcune Regioni si assume attraverso cooperative internazionali) perché i nostri non vogliono prestare servizio in determinate zone e reparti, sono stati gettati nella mischia anche senza specifiche formazioni. In proposito, succede spesso che i concorsi specialistici vadano semi-deserti, perché non c'è più voglia di fare questo mestiere, o perché molti non hanno la forza e il coraggio per affrontare i problemi che purtroppo molte nostre strutture generano per chi è chiamato a prestarvi la sua opera. Abbiamo assistito a molti pensionamenti anticipati, ma anche a dimissioni di soggetti anagraficamente freschi e professionalmente molto attivi...

Fuga dal pubblico....

Fuga dal pubblico e, soprattutto, fuga all'estero. Conosco alcuni direttori di dipartimento cui hanno offerto, ad esempio, un "buon posto" in Svizzera. Lì pagano il triplo. Difficile non accettare.

Veniamo alla questione dei trattamenti economici e delle pesanti condizioni di lavoro degli operatori sanitari.

In molte occasioni è stato affrontato il tema del trattamento economico del personale sanitario, che è tra i più bassi d'Europa. Le retribuzioni non conoscono incrementi da oltre 20 anni, con la principale motivazione, per i medici, che i loro stipendi sono notevolmente più alti di tutti i pubblici dipendenti! Vero, ma sicuramente non adeguati alle esigenze e alle aspettative di chi comincia a prendere uno stipendio dopo i 30 anni e che, se ha avuto modo di viaggiare, ha sicuramente constatato la differenza di reddito con i colleghi stranieri che, peraltro, incontrano mediamente anche un diverso approccio lavorativo, realmente programmato e con diverse prospettive. Già solo queste considerazioni sono in grado di spiegare le motivazioni che, sempre di più, spingono i nostri operatori sanitari a spostarsi dal pubblico al privato e dall'Italia all'estero.

Fin qui abbiamo parlato di un elemento essenziale del SSN, il capitale umano. Ma un sistema così complesso deve poggiare su una infrastruttura tecnologica adeguata ad affrontare un tema centrale nella nostra società: l'erogazione del massimo livello di servizi sanitari ai nostri cittadini. Sappiamo che la sanità italiana certo non sfigura in confronto a quelle dei paesi più avanzati. Anzi, molti indicatori, soprattutto quelli relativi alle patologie acute (oncologia, cardiologia, ecc.) attestano per certi aspetti la sua eccellenza. Su che livello di dotazioni tecnologiche possono contare i nostri ospedali pubblici e il ventilato rilancio della sanità pubblica che cosa prevede per rafforzarle? In una fase in cui al centro dell'attenzione, doverosamente, c'è la medicina territoriale, cosa è previsto per gli ospedali? Non rischiano di essere "mandati in soffitta"?

Mi sembra una preoccupazione assolutamente corretta. Dirò di più. Nel nostro apprezzabilissimo SSN, universalistico e comunque performante, già da alcuni anni le nostre dotazioni tecnologiche non potevano non essere definite obsolete, o – per essere benevoli – almeno “attempate”. Dal punto di vista strutturale e tecnologico eravamo indietro. Nel biennio della pandemia abbiamo riempito i nostri magazzini di strumenti che – c'è da augurarsi – non dovremo mai più utilizzare: respiratori automatici, supporti tecnologici orientati ad una specifica funzione. Non abbiamo rinnovato non dico le strutture – la qual cosa inevitabilmente richiede tempi medio-lunghi – ma neanche le dotazioni tecnologiche. E non basta. Questo benedetto PNRR ha previsto una spesa certamente congrua per il rinnovamento tecnologico del SSN. Ma ancora non è stato segnalato da nessuno – e il Collegio Italiano Chirurghi si appresta a denunciarlo – che l'area interessata dal rinnovamento tecnologico sarà solo quella della diagnostica, mentre nulla è riservato all'attività operatoria. Il risultato è che ci ritroveremo con sale operatorie vecchie che non saremo in grado di rinnovare con strumentazioni avanzate. Per capirci, non abbiamo previsto investimenti in nuove tecnologie quali i robot, laparoscopia, i letti moderni – ovviamente non sto parlando dei cuscini comodi per i pazienti. Su questo, sull'interventistica, non c'è niente. Possiamo comprare solo avanzate tecnologie diagnostiche. Tutto ciò sta a significare che anche solo nel medio periodo l'eccellenza dell'interventistica italiana è destinata a perdersi.

È possibile che, per una sorta di eterogenesi dei fini, la doverosa rinnovata attenzione al territorio finisca con depotenziare l'ospedale che, anche ad eccesso, ha incarnato il ruolo centrale nel panorama del SSN? Il fatto che il DM 77 a giugno scorso sia stato finalmente pubblicato, mentre il nuovo DM 70 sull'organizzazione

dell'ospedale sia ancora nel cervello di Giove, va interpretato in questa chiave? O, al contrario, il rafforzamento della medicina territoriale di per sé non comporta un beneficio per le strutture ospedaliere sotto forma di una diminuita pressione?

Partiamo da quest'ultimo punto. Non vorrei essere o apparire pessimista, ma devo segnalare che questa fase progettuale che premia il territorio mettendolo sulla carta in grado di essere più performante e di assorbire carichi tradizionalmente ospedalieri, non è nuova. Tutto ciò era già contenuto nel DM 70 che parlava di ospedali Hub e Spoke, di integrazione con la medicina di territorio. Ma tutto questo, decretato nell'aprile del 2015, non è mai stato realizzato...

È un po' quello che sta avvenendo per gli ulteriori "nuovi LEA": se ne parla tanto, mentre quelli che sono stati definiti nel 2017 sono ancora ai nastri di partenza e ben lontani da una reale esigibilità da parte del cittadino...

Esattamente. Dell'aggiornamento dei LEA, formalmente varato nel 2017, si era parlato almeno nei 10 anni precedenti, ma ad oggi siamo ancora fermi. Tornando alla mancata applicazione del DM 70 varato nel 2015, similmente si parla ora di un "nuovo" DM, che dovrebbe contenere le cornici per l'applicazione del precedente decreto mai applicato. Io cerco di evitare il disfattismo, ma non posso esimermi dal ricorso al pessimismo. Certamente, al territorio bisogna dare spazio, ma nel momento in cui i soggetti che dovrebbero essere centrali nella messa a terra del DM 77, ovvero i medici di medicina generale, sono i primi ad avanzare fortissime perplessità, a me viene più di qualche dubbio sul fatto che possa mai essere realmente applicato. Anche per questo – non voglio celarmi dietro un dito – io non sono d'accordo ad ipotizzare un così grande spazio per il territorio, prima che (come ipotizzato nel 2015) non sia stato effettivamente avviato il processo che identifica realmente strutture Hub e Spoke. Non si può, insomma, mettere il carro davanti ai buoi immaginando che così sia possibile arare efficacemente il terreno della medicina territoriale.

Professore, abbiamo analizzato diversi punti critici, cui potremmo aggiungere quello delle disomogeneità che discendono dalla regionalizzazione della sanità pubblica, o quello di una sua governance che spesso evidenzia un rapporto con la politica che non orienta il sistema nella direzione di una accettabile efficacia e sostenibilità. Ma c'è un altro elemento che pesa come un macigno. Quale che sia la valutazione delle riforme prospettate, PNRR e Missione 6 appostano cifre consistenti per gli investimenti, ma per quello che riguarda il fondo sanitario nazionale e, quindi, i costi di gestione, è esplicitamente programmata addirittura una sua riduzione...

Purtroppo, è così. Questo è un dato di fatto messo su carta e ampiamente documentato. La spesa nazionale, dopo il leggero aumento della finanziaria 2020 – quindi in epoca pre-Covid – è destinata a diminuire sia in assoluto, sia in rapporto alle previsioni di aumento del Pil. Ma c'è di più. Già oggi i responsabili regionali lamentano di essere ancora in attesa del rimborso delle spese straordinarie sostenute per la risposta al Covid. Paradossalmente, c'è il rischio che questi mancati incassi generino un indebitamento nelle sanità regionali fino al punto di innescare nuovi piani di rientro che, inevitabilmente, non solo precluderebbero qualsiasi sviluppo – territoriale o meno – ma penalizzerebbero il già scarso livello prestazionale che i cittadini conoscono e patiscono. Un avvitamento che più che guardare al futuro e al rilancio, prelude a dissodare ulteriori praterie per la sanità privata.

Professore, Lei è “programmaticamente” contro la presenza del privato in sanità? E come valuta l'intervento del privato durante la pandemia?

Voglio subito premettere che io non sono contro il privato. Il privato ha svolto, e deve svolgere, una importante attività di supporto, ed è essenziale che continui a svolgerla. Per rispondere alla sua domanda sul suo impegno in epoca Covid, ribadisco che mentre le strutture pubbliche ne sono state completamente assorbite e conseguentemente hanno manifestato e ancora manifestano difficoltà a ripartire con le attività ordinarie, per il privato ciò non è avvenuto. Anzi, a fronte delle disfunzioni del pubblico concentrato sulla risposta al Covid, hanno beneficiato di extra budget per offrire i servizi che le strutture pubbliche non erano in grado di erogare. Ciò è stato utile quanto inevitabile, ma lascerà tracce sull'ulteriore evoluzione del sistema, e certo non a vantaggio del ruolo del pubblico.

Professore, avviandoci alla conclusione della nostra conversazione, volevo chiederLe una valutazione delle tendenze di medio e lungo periodo. Lei per molti decenni ha diretto importanti dipartimenti della sanità pubblica, all'interno di vere e proprie “città della salute” come il Policlinico Umberto I nella Capitale, che per area occupata è il più grande ospedale europeo: magari in parte diroccato e per certi aspetti quasi in rovina, ma un vero e proprio tempio della salute. In questi lunghi decenni, dal suo interno, che cambiamenti ha visto?

Io continuerò a difendere “a spada tratta” il Servizio Sanitario Nazionale, anche in questa fase di grandissima difficoltà. Le tendenze? Il nostro SSN ha rappresentato a

lungo una vera eccellenza. Questo era certamente valido fino a venti anni fa. Dieci anni fa risentiva drammaticamente dei tagli. Tre anni fa, con la fine delle politiche di definanziamento, era in una fase di possibile rilancio: una sua importante ripresa non era una pia illusione. La pandemia lo ha consunto – mi auguro non in maniera irreversibile. Il mio auspicio è che ci sia da parte degli amministratori la capacità di spendersi, non solo a parole, ma nei fatti, per una sua uscita da questa precaria condizione. Se rivado con la memoria al mio “vecchio” Policlinico universitario e volgo lo sguardo alle sue condizioni attuali, mi verrebbe da dire che mi viene da piangere, ma comunque ho molte perplessità. Non so se potrà ritornare come era prima. Ma forse anche questa mia affermazione non è corretta, perché più che al passato dovremmo guardare al futuro, nella consapevolezza che la qualità della sanità pubblica e universalistica non può essere ridotta ad una “variabile”, dovendo invece rappresentare uno dei pilastri essenziali della convivenza sociale.

Prof. fr Filippo La Torre

Chirurgia Generale

Università La Sapienza di Roma

APPROCCIO AL “RISK MANAGEMENT” IN SANITÀ: IN CAMMINO VERSO LA “SICUREZZA DEL VOLO” ANCHE NEL PERCORSO SANITARIO

Marco Piemonte

Past-President del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC)

Premessa

La “Just Culture” è internazionalmente riconosciuta come la cultura della sicurezza, finalizzata alla prevenzione degli errori in diverse attività professionali ad alto rischio attraverso la disamina degli errori e degli imprevisti, che diventano oggetto di studio/approfondimento e quindi fonte di apprendimento per migliorare il livello di sicurezza nei sistemi e nelle organizzazioni complesse.

Di fatto, la “Just Culture” si caratterizza in ambito di “Risk Management” e di prevenzione degli errori in chiave diametralmente opposta alla più nota “Blame Culture” o “Cultura della colpa”, volta a cercare sempre e comunque un colpevole con intenti punitivi.

Anche in Italia, come in numerosi Paesi Europei ed Extra-Europei, è stato costituito un Comitato Italiano “Just Culture”, le cui finalità, attività e composizione sono descritte e pubblicizzate nel sito web www.justculture.it

Il 23 gennaio 2023 il Comitato Italiano “Just Culture”, nel quale il Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC) è rappresentato dal dott. Marco Piemonte – Past President CIC – ha organizzato un Convegno Webinar sul tema “Just Culture: Aviazione e Sanità a confronto – Il “Risk Management” in Sanità”.

La videoconferenza ha visto il confronto tra due realtà operative e professionali – rispettivamente il mondo dell’Aviazione e il mondo della Sanità – che presentano molti elementi in comune non solo per quanto riguarda la complessità e quindi la possibilità di imprevisti ed errori, ma anche e soprattutto per il rischio che questi ultimi portino a conseguenze gravissime.

Gli aspetti istituzionali, organizzativi e legislativi del “Risk Management” nelle due diverse realtà sono stati illustrati in diverse relazioni, collegate dalla relazione “cerniera” che viene riassunta in questa sede.

CORRELAZIONE TRA “RISK MANAGEMENT” IN AVIAZIONE E IN SANITA’

La storia dell’Aviazione inizia certamente in tempi recenti e viene universalmente fatta risalire al 17 dicembre 1903, quando a Kill Devil Hills (USA) i fratelli Orville e Wilbur Wright fecero sollevare da terra in un vero e proprio volo un mezzo più pesante dell’aria, l’aereo Flyer.

Il primo in assoluto a volare fu Orville Wright (1871-1948), ma nella stessa giornata anche Wilbur Wright (1867-1912) – alternandosi ai comandi con il fratello in tre voli successivi - poté sollevarsi da terra.

In questi 120 anni l’Aviazione, per le sue caratteristiche di alta tecnologia ma anche di elevata rischiosità di errori ed incidenti, ha saputo sviluppare molto precocemente e con riconosciuta efficienza una approfondita cultura di Risk Management.

Alla nascita dell’Aviazione, nel 1903, la Medicina e la Chirurgia esistevano già da più di 5000 anni in numerose culture e in diversi continenti, dove abbiamo importanti testimonianze storiche: in Antico Egitto (il medico-architetto Imhotep ha lasciato le sue tracce nel 2900 a.C. circa), a Babilonia (1750 a.C. circa), nell’antica India (il famoso medico Sushruta visse all’incirca nel 900 a.C., ma tracce della Medicina Indiana risalgono al 3000 a.C.), nell’Antica Cina (2500 a.C.), nella Grecia di Esculapio/Asclepiade (figura verisimilmente mitologica) e di Ippocrate di Coa (460-377 a.C. circa), nell’Antica Roma (basti in questo ambito ricordare la figura di Aulo Cornelio Celso, vissuto presumibilmente tra il 25 a.C. e il 45 d.C.).

Si deve tuttavia riconoscere che la Medicina e la Chirurgia, nonostante la veneranda età, una lunga e prestigiosa storia e una costante e meravigliosa evoluzione, per secoli e millenni non hanno identificato e sviluppato una equivalente cultura di identificazione, prevenzione e gestione dell’errore.

In realtà i concetti di rischio ed errore sono noti da secoli in Medicina e Chirurgia, anche se non sono stati mai strutturati organicamente in una filosofia di “Risk Management”.

Ad esempio, nel Codice di Hammurabi (1750 a.C.), che riportava un compendio di leggi dell’Antica Babilonia, l’art. 215 descrive: “Qualora un medico faccia un’ampia incisione con un coltello operatorio o qualora egli apra un tumore (sopra l’occhio) con un coltello operatorio e salvi l’occhio, riceverà dieci Shekels in denaro.....” Ma il successivo art. 218 dice testualmente: “Qualora un medico faccia una grande incisione con il coltello operatorio e lo uccida o apra un tumore con il coltello operatorio e tagli l’occhio, gli saranno tagliate le mani.” In queste poche righe

potremmo identificare una prima descrizione di “errore medico” ma anche i prodromi della futura medicina legale.

Anche in ambito filosofico si possono trovare correlazioni con il mondo della Medicina: Per Platone l’errore è sempre involontario, mentre per Aristotele (che si occupò anche di Medicina) l’errore è per lo più involontario.

A questo punto viene lecito chiedersi perché la Medicina ha aspettato quasi 5000 anni per mutuare dall’Aviazione il principio di “Risk Management”.

Una prima spiegazione viene spontanea, esaminando le ben diverse basi razionali e scientifiche dell’Aviazione e della Medicina.

- L’Aviazione nasce da subito sulla base di scienze esatte, scientificamente verificabili, quantificabili e comparabili: matematica, fisica, ingegneria, ecc.
- La Medicina invece nasce e si sviluppa per secoli su basi filosofico-religiose, speculative, sperimentali e osservazionali, solo empiricamente e in minima parte verificabili, e solo negli ultimi due secoli si avvicina progressivamente (ma solo in parte) alle scienze esatte sulla base dei progressi delle conoscenze e dell’applicazione alla Medicina di scienze esatte.

A questo proposito sembra lecito citare un evento storico che assume carattere paradigmatico: il caso di Ignàc Semmelweiss (1818-1865), medico-chirurgo esercitante la professione come Ostetrico-Ginecologo.

Nel 1847 Semmelweiss scoprì a Vienna e quindi corresse la causa di una malattia mortale delle puerpere, la febbre (ora sepsi) puerperale, che determinava in pur qualificati reparti medico-universitari una mortalità post-partum del 10% (contro l’1% nelle nascite con diverso tipo di assistenza).

Seguendo un processo sia pure empirico tipo “Root Cause Analysis” Semmelweiss identificò la fonte della malattia nella inadeguata igiene delle mani degli ostetrici (che passavano con insufficiente igiene delle mani dalla sala parto alla sala autopsie e viceversa): imponendo ai colleghi una migliore e più efficace igiene delle mani con lavaggio con ipoclorito di calcio ridusse l’incidenza della malattia all’1%.

A conferma della grandezza dell’intuizione di Semmelweiss si deve ricordare che Pasteur, Lister, Koch e i grandi medici scopritori dei microorganismi patogeni e delle patologie infettive verranno solo vent’anni più tardi e che quindi i concetti di infezione, sterilità, asepsi e disinfezione erano ancora del tutto sconosciuti.

Ebbene, a fronte della sua geniale scoperta Ignàc Semmelweiss raccolse solo ostilità, gelosie, invidie e risentimenti e fu ostracizzato da parte della medicina ufficiale (tra cui il famoso patologo Rudolph Virchow), che non ammetteva questa violazione del concetto vigente di medico taumaturgo pressoché infallibile.

L'esempio di Semmelweiss contribuisce a comprendere come il concetto "ieratico" e "taumaturgico" della Medicina, ancora nell'800, fosse ben poco compatibile con una serena valutazione di "errore" e di "rischio di errore".

L'ERRORE IN MEDICINA

Non esiste una definizione univoca di «errore» che trovi il consenso assoluto.

Infatti, l'errore umano si riferisce a qualunque settore di attività della vita: l'elemento "medico" è solo il contesto, che per le sue caratteristiche peculiari di interazione con la vita e la salute del paziente giustifica la sua particolare importanza e la potenziale gravità.

Per errore medico si intende la catena conclusiva di una serie di fattori che intervengono nel macro-processo sanitario di diagnosi e cura producendo un evento avverso, ossia un danno alla salute del paziente, che in pratica impedisce o ritarda il suo effettivo ritorno ad uno stato di benessere.

Talvolta l'errore è piccolo, ma le conseguenze sono gravi in considerazione del contesto in cui si opera: la salute e la vita dell'uomo (per il medico)

In quest'ultimo aspetto l'errore in medicina presenta certamente importante somiglianza con un errore in Aviazione.

Le cause principali di errore in Medicina (così come in altri ambienti) possono essere schematizzate come segue:

- Remote (per eccessivi carichi di lavoro, supervisione inadeguata, comunicazione inadeguata, ecc.)
- Immediate (per omissioni di intervento, per scarsa attenzione, difetto di conoscenza, dimenticanze di elementi essenziali, ecc.)
- Insufficienza dei meccanismi di controllo (per fallimento di quei meccanismi o procedure che avrebbero dovuto impedire le conseguenze negative dell'errore)

In un'ulteriore e più approfondita classificazione gli errori possono essere ancora distinti in due categorie: errori omissivi ed errori commissivi.

Nello specifico ambiente della Medicina, i principali fattori di rischio per Errore possono essere anche identificati in:

- Generali
 - Legati al paziente (polipatologico, incosciente, con problemi comunicativi, non collaborante, ecc.)
 - Legati agli operatori (violazioni, «burn out», difficoltà a seguire le istruzioni, ecc.)
 - Legati al sistema (operatori insufficienti, scarso addestramento, protocolli inadeguati, strutture e tecnologie inadeguate, manutenzione insufficiente, ecc.)
- Per Specialità
 - Ogni Specialità presenta ovviamente fattori di rischio propri e specifici

In particolare, nell'attività medica si riconoscono inoltre queste tipologie di errore, comuni a tutte le diverse specialità e peculiari dell'attività del Medico e del Chirurgo:

- Errori diagnostici
- Errori terapeutici
- Errori di prevenzione
- Altri errori
 - Errata comunicazione
 - Inadeguato equipaggiamento
 - Errore di sistema
 - Ecc.

INTRODUZIONE ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI “RISK MANAGEMENT” IN ITALIA.

Indiscutibilmente i “prodromi” legislativi che hanno permesso l’introduzione dei principi di “Risk Management” in Sanità devono essere identificati nei D.L. 502/92 e 517/93, che introducono nelle Organizzazioni Sanitarie del S.S.N. due importanti concetti normativi:

- 1) L’ Aziendalizzazione delle Strutture Sanitarie
- 2) La necessità di capacità “manageriali” per la Dirigenza Medica

Di fatto, con questi due D.L. si descrive la nuova figura “istituzionale” del Medico del S.S.N., che per le sue caratteristiche innovative potrebbe essere di fatto considerato un vero e proprio “Medico 2.0” ovvero “il Medico del XXI secolo”. Infatti, il “nuovo” Medico delineato dai due predetti D.L. assume una triplice valenza professionale, non precisata né precisabile in precedenza:

- La consueta e tradizionale funzione “clinica” preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa
- La nuova funzione di responsabilità manageriale nel S.S.N. e nelle neonate “Aziende”
- La innovativa funzione di responsabile della sicurezza e del “Risk Management” nel proprio ambiente di lavoro.

Quest’ultima funzione di Cultura della Sicurezza, già identificata in Italia in chiave generale e universale dalla Legge 626/1994 e successivamente approfondita sempre più dalla Legge 81/2008 e successivi dispositivi di Legge, verrà introdotta per la prima volta nel mondo della Sanità nel 2000 grazie al fondamentale studio statunitense di L.T. Kohn, J.M. Corrigan e M.S. Donaldson dal titolo “To Err is Human”, che illustrava l’incidenza e l’importanza dell’errore in Medicina.

Come conseguenza immediata dello sviluppo dei concetti di errore, di rischio e di sicurezza in Medicina, farà seguito nell’arco di pochi anni la comparsa di numerose iniziative volte ad affrontare ed implementare la cultura del “Risk Management” nel S.S.N. (e quindi nei 21 S.S.R !).

Valga per tutte la citazione del prezioso manuale di “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico – Manuale per la formazione degli operatori sanitari” edito in cooperazione da Ministero della Salute, FNOMCeO e IPASVI e distribuito via Internet come iniziativa ECM per il personale sanitario.

Da allora i percorsi di miglioramento della Qualità nel S.S.N., nei quali rivestono particolare rilievo i principi di “Risk Management” e di “Rischio Clinico”, si sono via via moltiplicati e diffusi, dando origine a:

- Percorsi di Qualità (Linee Guida, Buone Pratiche, Livelli Essenziali di Assistenza, Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali, ecc.)
- Programmi di Accredimento Nazionali/Regionali/Internazionali, basati su “standard” sempre più puntuali, verificabili, quantificabili e soggetti a Valutazioni Periodiche.
- Cultura della Sicurezza propriamente detta («Risk Management»).

In particolare, gli «Standard» per l’Accreditamento, finalizzati a garantire Qualità e Sicurezza nel percorso assistenziale, si sono focalizzati su aspetti fondamentali centrati sul Paziente (Accesso alle Cure, Diritti del Paziente, Valutazione del Paziente, Cura, Gestione dei Farmaci, ecc.) e sulla Gestione dell’Organizzazione Sanitaria (Prevenzione e Controllo Infezioni, Governo-Leadership-Direzione, Sicurezza delle Infrastrutture, Comunicazione e Informazioni, ecc.)

Nella Prevenzione e Gestione dei Rischi sono stati quindi attivati presidi di diverso genere, che hanno imposto un netto cambiamento della “forma mentis” e della impostazione culturale del personale sanitario.

A titolo esemplificativo ricordiamo in questa sede il “Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Check List”, edito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali nell’ottobre 2009.

Gli strumenti di gestione del Rischio Clinico, in parte mutuati dalle esperienze dell’Aviazione, sono molteplici, e comprendono oggi :

- Le «Check List» di prevenzione (ad esempio: le 7 Misure inderogabili per le 7 Aree importanti per la sicurezza; le norme 4X4 per la Prevenzione delle Infezioni del sito chirurgico in Sala Operatoria)
- Le «Check List» operative (ad esempio: la “check list” per la sicurezza del paziente chirurgico)

- La documentazione di percorso (ad esempio la Cartella Perioperatoria con i diversi tempi di “Sign In”, “Time Out” e “Sign Out”).

Infine, questo rapido “excursus” sul “Risk Management” in Sanità non può concludersi senza citare almeno fuggevolmente un altro pilastro della prevenzione e della sicurezza, rappresentato dal principio dell’“Incident Reporting”, che prevede la regolamentazione e la incentivazione alla segnalazione volontaria e tempestiva di qualunque “incidente” con garanzia di non perseguibilità disciplinare.

La diffusione della vera e propria cultura di condivisione degli “incidenti” riguarda le tre diverse possibilità di

- “Adverse Events” (Incidenti veri e propri)
- “No Harm Events” (Eventi incidentali senza conseguenze dannose)
- “Near misses” (Eventi incidentali mancati per poco).

La possibilità di sostituire una “Cultura della Sicurezza” (con auto-denuncia senza conseguenze punitive degli incidenti e possibilità conseguente di esaminare, prevenire e correggere tempestivamente gli “errori”) alla “Cultura della Colpa” (finalizzata principalmente a identificare un responsabile a fini punitivi e con interesse meramente secondario alle cause di errore) rappresenta un elemento fondamentale e irrinunciabile affinché la gestione e la prevenzione dei rischi e degli errori sia veramente efficace anche in Sanità.

Gli sviluppi di Legge (e di concettualità) più recenti, e cioè la Legge Balduzzi (L. 8/11/2012 n°189) e la Legge Gelli-Bianco (L. 8/3/2017 n° 24), hanno operato in questo senso ed è quindi legittimo attendersi nel prossimo futuro nuovi ed importanti sviluppi anche nella “Cultura della Sicurezza”.

Bibliografia essenziale:

- 1) Comitato “Just Culture” Italia: Convegno webinar “Just Culture: Aviazione e Sanità a confronto – Il “Risk Management” in Sanità”. – 23 gennaio 2023 – www.justculture.it
- 2) Ministero della Salute, FNOMCeO, IPASVI: Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari. – Biblioteca “la Professione”, Anno X, Roma, 2005 (esaminabile anche su: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf)
- 3) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: Manuale per la Sicurezza in sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist. 2009. – www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_allegato.pdf
- 4) Del Vecchio M, Cosmi I.: Il Risk Management nelle Aziende Sanitarie. – Mc Graw-Hill, Milano, 2003
- 5) Cohen MR (ed): Medication errors. – Apha Publ., Washington DC, 1999
- 6) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds): To err is human: building a safer health system. – National Academy Press, Washington DC, 2000
- 7) Reason J.: Human error: model and management. – BMJ 320, 768-770, 2001
- 8) Vincent C.: Clinical Risk Management. – BMJ, London, 2001
- 9) Mouchantaf R, Auth D, Moride Y et al: Risk Management for the 21st Century: Current Status and Future needs. – Drug Saf 44, 409-419, 2021
- 10) Ferdosi M, Rezayatmand R, Taleghani YM: Risk Management in Executive Levels of Healthcare Organizations: Insights from a Scoping Review. – Risk Manag Health Policy 13, 215-243, 2020
- 11) IT risk management for medical devices in hospital IT networks: a catalogue of measures and indicators. – BMJ Health Care Inform 30, e100639, 2023; doi:1136/bmjhci-2022-100639
- 12) Wolf-Miron R, Lewenhoff I, Benyamini Z, Aviram A: From aviation to medicine: applying concepts of aviation safety to risk management in ambulatory care. – Qual Saf Health Care 12, 35-39, 2003
- 13) Rossi GE, Bellandi T, Picchi M et al: Patient Safety in Complementary Medicine through the Application of Clinical Risk Management in the Public Health System – Medicines (Basel) 4, 93, 2017

Prof Marco Piemonte

Past President

Collegio Italiano dei Chirurghi

IL FUTURO DELLA CHIRURGIA OFTALMICA

Danilo Mazzacane

Il recente inusuale e geniale intervento chirurgico oculistico realizzato a Torino, che ha permesso di ridare la luce ad un paziente che l'aveva persa da tempo, offre lo spunto per affermare che la chirurgia oculistica italiana è all'avanguardia ed ha medici oculisti chirurghi di valore internazionale.

Negli ultimi vent'anni l'oculistica italiana ha fatto passi da gigante grazie all'innovazione tecnologica in ambito diagnostico e terapeutico, sia farmacologico che chirurgico.

L'intervento chirurgico per la cataratta, che costituisce l'87 % degli interventi chirurgici oculistici, viene effettuato in regime ambulatoriale, senza ricovero e permette una pronta ripresa della capacità visiva.

Non si tratta però di un intervento banale, anche se oggigiorno si esegue spesso in poco tempo e senza ricovero.

Occorre infatti una impegnativa curva di apprendimento da parte del chirurgo oculista e le cataratte non sono tutte uguali, in quanto ve ne sono di più complesse da operare, con tempi di esecuzione più lunghi.

Talvolta la complessità la si riscontra peraltro durante l'intervento chirurgico. Pertanto, il sistema organizzativo deve essere improntato maggiormente sull'outcome qualitativo, piuttosto che produttivo.

Tuttavia, vi sono impellenti necessità per migliorare l'espletamento della chirurgia in oculistica.

Fondamentale una razionale riorganizzazione dei percorsi di cura che prevedono la necessità di un intervento chirurgico oculistico, sia in elezione che in urgenza.

La realizzazione di reti oftalmologiche clinico-assistenziali permetterebbe di assicurare la presa in carico del paziente, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi, nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

In ambito oftalmologico le reti specialistiche si adatterebbero anche alla presa in carico di pazienti aventi necessità di interventi chirurgici sia d'urgenza, che di elezione.

La rete deve essere costituita da una parte territoriale e da una parte ospedaliera.

All'oculistica territoriale spetterebbe l'inquadramento diagnostico del paziente con il follow-up dei pazienti provenienti dall'ospedale in condizioni di stabilità clinico-funzionale.

In tal modo l'ospedale potrebbe dedicarsi alla cura dei casi acuti e complessi, anche di pertinenza chirurgica ed il rapporto medico-paziente ne avrebbe grande vantaggio, con una alleanza medico-paziente/persona effettiva ed efficace.

Particolare attenzione dovrà essere posta nella definizione di specifiche modalità per l'integrazione organizzativa e professionale tra i singoli nodi della rete, in particolare fra la parte territoriale e la parte ospedaliera. Opportuna la realizzazione di infrastrutture digitali ed informatiche per le prenotazioni delle varie prestazioni in base alla priorità riscontrata ed alla possibilità di un teleconsulto fra i medici del territorio e quelli dell'ospedale.

Nella riorganizzazione sanitaria sarà necessario definire una struttura in rete dei reparti oculistici ospedalieri, mettendo in condizione tutti gli oculisti chirurghi di poter operare al meglio ed in sicurezza e magari definendo quali ospedali debbano essere dedicati alla gestione chirurgica dei casi più complessi, ma al contempo garantendo uno standard di buon livello a tutte le strutture, permettendo di offrire una adeguata risposta in tempi accettabili alle richieste dei pazienti-persona.

Indispensabile però l'adeguamento tecnologico delle strutture territoriali e di quelle ospedaliere mediante l'acquisto e il potenziamento di apparecchiature adeguate sia per la diagnostica che per la chirurgia, tali da poter effettivamente realizzare ovunque una uniforme esecuzione di interventi chirurgici di qualità.

Per fare ciò occorrono investimenti mirati, evitando il sistema delle gare al ribasso e valorizzando il DRG delle prestazioni chirurgiche oculistiche, che attualmente non permette ovunque di realizzare una risposta terapeutica chirurgica al passo con i tempi.

I costi per effettuare determinati interventi chirurgici oculistici, anche ritenuti minori, come ad esempio quelli riguardanti le palpebre, sono di gran lunga maggiori rispetto al rimborso offerto dal SSN.

Il rischio, già spesso realtà, è che tali interventi abbiano tempi di attesa lunghissimi e siano praticamente irrealizzabili.

Nel contempo in svariati casi in alcuni interventi chirurgici potrebbero essere utilizzati dei dispositivi medici che meglio si adattano a coloro che per esempio sono ancora in piena attività lavorativa con un gravoso impiego dei sistemi digitali.

Finalmente recentissimamente i politici si sono resi conto dell'importanza di avere dei LEA aggiornati e di avere una loro adeguata tariffazione, ma la strada è ancora lunga ed impervia per la realizzazione di questa operazione, infatti si parla di gennaio 2024.

In ogni caso gli importi per singola prestazione non risultano congrui con i costi reali, senza tener conto di quanto deve essere considerato remunerativamente per l'impegno lavorativo del personale sanitario.

Non è da dimenticare la necessità della presenza numericamente necessaria di personale sanitario affinché si abbia un adeguato funzionamento delle sale operatorie e mi riferisco non solo ai medici, ma anche agli infermieri.

Anche qui sarebbe opportuna una verifica mirata dei reali fabbisogni.

Da superare di conseguenza la problematica della retribuzione del personale sanitario, in maniera da rendere appetibile l'appartenenza al Sistema Sanitario Nazionale e affrontare in forma organica la sinergia con le strutture private

Insieme alla retribuzione è da considerare la necessità di migliorare la qualità di vita anche dei medici chirurghi oculisti, tenendo presente che vi è un numero significativamente elevato di colleghe dedite alla chirurgia oculistica. A loro, come agli altri colleghi di sesso maschile, va data anche la possibilità anche di poter avere una meritata progressione di carriera.

Pertanto, anche l'aspetto contrattuale andrebbe aggiornato, considerando la nuova realtà quotidiana professionale.

La recente legge sull'equo compenso potrebbe aprire uno spiraglio per quanto riguarda la retribuzione, ma occorre attendere di conoscere le modalità applicative.

Il tema della responsabilità professionale non aiuta a far crescere le nuove leve di chirurghi, anche oculisti.

La legge Gelli è sprovvista ancora di determinati decreti attuativi riguardanti in particolare il ruolo delle compagnie assicuratrici, anche se pare farsi largo un nuovo percorso da parte della commissione istituita dal Ministero della Giustizia.

Merita attenzione anche la necessaria riforma della formazione universitaria dei giovani oculisti, trovando la maniera di implementare la preparazione pratica chirurgica.

Le difficoltà oggettive sono complesse, ma da affrontare per tutelare docenti e discenti.

Superando le avversità e le criticità attuali potremmo avere più oculisti chirurghi formati nelle strutture sanitarie italiane e si arginerebbe l'esodo verso mete estere da parte dei giovani colleghi.

La conclusione non può essere che l'auspicio ad un ricambio generazionale programmato, con una unità di intenti da parte di tutti coloro che appartengono alle branche specialistiche chirurgiche ed una ricerca di sinergia con coloro che si dedicano principalmente alla clinica. Insieme avremo sicuramente maggiore possibilità di essere ascoltati da chi governa la sanità e di riappropriarci di un ruolo sociale adeguato alla professione intellettuale che esercitiamo.

Dr. Danilo Mazzacane
Segretario Generale, GOAL