



CHIRURGIA NEL TEMPO DEL CORONAVIRUS

Il malefico “RNA a filamento” del coronavirus ha reso tragicamente asfittici tanti di noi e altrettanto sta facendo sulla vita culturale e professionale di tutti. Ci stavamo preparando a numerosi e importanti impegni formativi della nostra e di tante altre Società Scientifiche Chirurgiche, quando uno ad uno tutti sono caduti sotto i colpi dei provvedimenti necessari a limitare la già drammatica diffusione della pandemia nel nostro paese. La primavera culturale che da sempre caratterizza il nostro impegno, risvegliandoci dal torpore invernale, è divenuta un vento gelido che spazza le strade vuote delle nostre città. Lo stesso per le nostre corsie, divenute caotici scenari di drammi umani e clinici, in cui abbiamo dovuto necessariamente rinunciare a specificità e competenze per dare una mano, quasi senza avere il tempo di dare organizzazione e razionalità ai nostri gesti: ci siamo accorti di essere impreparati.

Covid si presenta così subdolo ed invasivo e non solo della salute nostra e dei nostri pazienti, subdolo e invasivo anche per gli “effetti collaterali” che dobbiamo aspettarci. Quelli, per ora, celati dal roboante caravanserraglio di notizie vere, meno vere o false e dal tambureggiante approssimarsi di previsioni, ipotesi e suggestioni. Dopo (quando dopo?) dovremo necessariamente “far di conto”, come si usava dire un tempo, oggi, “dovremo redarre un masterplan” per capire quale eredità il mostriciattolo ci avrà lasciato.

A fronte del vuoto culturale che la sospensione delle nostre iniziative, prime in ordine di tempo quella di Trento di Marco Rigamonti e a seguire quella di Solbiate Olona di Angelo Benevento, ho pensato che fosse giusto rappresentare pensieri e considerazioni che sicuramente singolarmente ognuno di voi avrà fatto e che provo con molta umiltà a raccogliere in queste righe, sapendo che non sarò né originale né particolarmente profondo, mi auguro solo equilibrato.

In questa situazione emergenziale il Chirurgo ci è caduto fino al collo con conseguenze che hanno avuto ripercussioni organizzative, cliniche e morali. Ricordo il mio rientro precipitoso in Vercelli il 25 Febbraio per una riunione in Prefettura dell'Unità di Crisi appena costituita e di cui faccio parte come Direttore di Dipartimento. L'atmosfera era cupa e preoccupata ma si ragionava su numeri controllabili: si discuteva di dedicare ai malati di COVID l'ala del nostro ospedale costruita in passato con i fondi per l'HIV e successivamente adattata ad altri scopi. Essa, pressoché autonoma rispetto al corpo principale, sembrava assolvere facilmente le esigenze di isolamento, salvaguardando così l'integrità delle altre strutture operative. Il sogno è durato qualche giorno; la marea montante dei pazienti ci ha travolto costringendoci al totale utilizzo della Rianimazione per i pazienti compromessi dal punto di vista respiratorio, la chiusura e l'accorpamento dei reparti chirurgici per recuperare posti letto e personale assistenziale dedicato ai pazienti Covid. Ciò è avvenuto (molti di voi, quanto e meglio di me, lo possono testimoniare), in tutti gli ospedali nessuno escluso né per competenza né per dimensione. In buona parte del territorio nazionale l'assistenza sanitaria si è "sospesa" orientando tutte le energie e le risorse ad un unico scopo.

Ai Chirurghi è stato detto: limitate la vostra attività all'emergenza, agli interventi salvavita e agli interventi oncologici. Concetto logico e draconiano di agevole applicazione per le prime due voci, ma estremamente controverso a proposito dell'ultima. Li è precipitato il chirurgo e li ancora ci troviamo ad annaspire e non sappiamo per quanto. Operare i casi oncologici.....ma quali?..... ma dove?.....con quale sicurezza..... con quale appoggio rianimatorio visto lo stato delle UTI? Credo siano i pensieri che oggi danno il tormento a buona parte noi; agli altri, a coloro che si trovano ancora in una situazione non emergenziale, auguro vivamente di non trovarcisi, ma consiglio di prepararsi spiritualmente e mentalmente.

Ci è chiesto di fare una selezione quasi brutale dei pazienti: operare i casi a basso ASA? I più giovani? Differire i casi ad alto rischio per età o copatologie? Esporre pazienti certamente fragili per la patologia di base ad un ambiente comunque inquinato? Nessuna risposta affermativa o negativa è completamente logica a mio giudizio.

Sono tra coloro che vedono nell'atto chirurgico e nella sua corretta immediatezza uno dei capisaldi della buona cura del paziente Oncologico, ma non il solo: un ritardo di qualche tempo non può avere ripercussioni decisive sul comportamento biologico della neoplasia e comunque le liste di attesa, anche per pazienti oncologici, sono un argomento che riempie e ha riempito pagine e pagine di discussioni e

provvedimenti legislativi regionali e nazionali. Ma qui non si tratta più di un ritardo ma di uno stato di stasi completa del nostro Sistema Sanitario, di una sospensione "sine tempora" di buona parte delle sue funzioni.

Abbiamo tanto lottato, studiato e lavorato per curare la patologia e non l'età, e oggi siamo quasi costretti a tornare al tempo ormai lontano in cui il criterio principe discriminante nella scelta della tattica chirurgica era il malato (vecchio, compromesso, in condizioni cliniche scadenti ecc.) e non la malattia.

In questo il coronavirus è stato estremamente democratico livellando verso il basso il nostro potere-dovere decisionale indipendentemente dall'autorevolezza, dal peso culturale e scientifico delle istituzioni in cui operiamo, ci ha relegati tutti, quasi indistintamente, ai confini dei luoghi di cura. La centralità si è spostata altrove, con giustissima ragione, ma ad un prezzo che è difficile, ora, quantificare.

Il sistema sanitario ha retto, tra contraddizioni, disorganizzazione, mancanza di presidi, arrivando al limite del collasso ma ha retto. In questo momento mi sembra inutile ascoltare le disamine che compaiono dovunque e dalla bocca di chiunque, su ciò che non ha funzionato o che ha funzionato male. Nessuno è abbastanza lucido e rigoroso per non farsi coinvolgere in tentativi di analisi più viscerali che razionali, più politiche che tecniche. Il tempo verrà, prima o poi, e sarà un tempo importante e decisivo.

Ha retto nella grande Lombardia, regge nelle altre regioni del Nord e del Centro come le Marche, reggerà anche al Sud che cerca di prepararsi e che ce la farà se le scelte saranno delegate agli operatori e non ad altri.

Il sistema ha retto perchè pur impreparato numericamente e tecnologicamente, è riuscito a fare di necessità virtù, sfruttando risorse che però stanno riducendosi al lumicino, soprattutto nelle aree di maggiore contagio. Sono le risorse umane Mediche ed Infermieristiche: tutti si sono industriati a fare non solo ciò di cui hanno competenza ma a sostenere chi ha il peso maggiore della cura, ovvero Infettivologi, Rianimatori, Pneumologi e Medici di Medicina d'Urgenza. In questo si sono allineati Chirurghi, Oncologi, Gastroenterologi e tutti gli altri Specialisti con una medicina multidisciplinare messa in atto sulla linea di fuoco. Questo comporta sacrifici e rischi ma nessuno per dovere clinico e civico può esimersi; chi lo facesse si metterebbe fuori dalla comunità medica.

Assistiamo quasi quotidianamente a manifestazioni di plauso dai balconi delle città deserte, canti e striscioni inneggianti, pagine e pagine di articoli sul plauso della classe politica o sul dramma quotidiano di chi sta dentro l'Ospedale in piena emergenza e di chi sta in quello che l'emergenza, quella vera, la sta aspettando e si

chiede: come faremo? Tutto ciò gratifica ma deve essere comunque spunto di qualche considerazione sia retrospettiva che prospettica.

Ci voleva tutto questo perché ci si accorgesse di ciò che facciamo quotidianamente, di quanto spendiamo della nostra vita per cercare di dare cura? Dove sono oggi coloro che ci sbattono sui giornali per il caso di malasanità ma che ben si guardano, quando malasanità non viene accertata, di redarre una smentita: la smentita non fa notizia, non vende.

Dove sono quei politici che alla rimostranze di tutti noi sui tagli alla Sanità, ci hanno sempre guardati con un sorriso quasi beffardo perché le nostre istanze vengono spesso prese come tentativi di salvaguardia di sacche privilegio?

E dove stanno coloro che confondono tra la nostra potestà di cura e la richiesta di guarigione assoluta, potestà, quest'ultima ambita da tutti noi, ma non certo con garanzia di certezza? E quando non soddisfatti trovano qualche azzecagarbugli deluso per non essere divenuto un principe del foro, che li aizza alla ricerca, diciamo così, di una "dorata vendetta"? Tutti spariti, tutti ricreduti, tutti a cospargersi il capo di cenere? No non credo. Se ne stanno ritirati, qualcuno anche terrorizzato dal timore di incrociare il malefico esserino, ma prima o poi torneranno e non credo che questa situazione possa garantirci una visione più onesta dei problemi che sono connessi ad una sanità moderna ed efficiente.

Perché al dopo, molti si stanno preparando, molti avranno legittime richieste, molti avanzeranno istanze di ricostruzione e a questo tavolo ci dovremo stare anche noi, pronti anche a battere i pugni per pretendere che si pensi ad una sanità nuova per logistica, tecnologia e il giusto contributo umano per numeri, preparazione e cultura.

Il sistema non è completamente collassato solo perché gli operatori di ogni ruolo non l'hanno fatto collassare rischiando del proprio e ne stanno pagando un prezzo altissimo in termini di contagiati e di morti. Deve finire il tempo dei tagli, il tempo di un "cieco" numero chiuso alla facoltà di Medicina spacciato per razionalizzare l'accesso al mondo del lavoro dei laureati, ma in realtà per risparmiare sui costi della formazione per poi accorgersi oggi, che mancano i Medici. Deve finire il tempo degli Specializzandi trattenuti nelle Scuole sottopagati perché è molto più oneroso fare nuovi contratti per Ricercatore, Professore Associato od Ordinario tramite i quali meglio formare gli Specializzandi stessi. Deve finire il tempo dello stupore per la carenza di Anestesisti e di Chirurghi perché spesso i nostri giovani o intraprendono altre strade o vanno a cercare all'estero una affermazione professionale e anche economica che non trovano nel loro paese. Le responsabilità

di tutto ciò vanno equamente distribuite tra tutti coloro che hanno governato in passato o governano oggi , nessuno escluso .Nessuno di noi deve dimenticare che nel 1981 gli ospedali pubblici italiani offrivano 530.000 posti-letto scesi a 230.000 nel 2017. A questa opera di “razionalizzazione” tutti questi signori di ogni colore hanno dato il loro contributo e forse un pò delle morti del coronavirus dovrebbero pesare sulle loro coscienze.

Oggi tutti indistintamente stiamo lottando per la salute della gente , domani duramente, dovremo lottare per la “salus” ,ovvero per la salvezza, del Servizio Sanitario che uscirà a pezzi da questa immane tragedia, anche nelle sue parti migliori.

Silvio Testa