

# In chirurgia si sceglie o si decide?

Si deve rispondere del proprio operato di fronte ai pazienti, al sistema e alla società civile

**S**celta/decisione. Due termini che esprimono concetti che spesso vengono considerati sovrapponibili, ma che, a ben guardare, vanno considerati opposti e complementari. Ci guida l'etimologia. Scegliere discende da *ex-eligere*, eleggere ciò che pare migliore. *De-cidere*, invece, ci parla del tagliare via, escludere ciò che appare peggiore. Potrebbe sembrare un gioco linguistico, ma in realtà i due termini corrispondono a due procedimenti conoscitivi diversi. In medicina a volte si sceglie, a volte si decide. In chirurgia si sceglie o si decide?

## Scelta

Il processo mentale che porta a una scelta in chirurgia richiede molteplici componenti:

- conoscenza/cultura
- esperienza individuale/collettiva
- valutazione del contesto ambientale
- valutazione delle tecnologie disponibili.

È quindi il processo di analisi di ciò che è meglio fare in una determinata situazione. Richiede tempo, spesso confronto interprofessionale, confronto anche con il paziente, che deve essere messo nelle migliori condizioni di conoscenza e di consapevolezza, di serenità psichica, di capacità di valutare le conseguenze e le prospettive della sua malattia.

Il campo di applicazione tipico della scelta è quello della patologia oncologica. Dopo la diagnosi, la stadiazione, si valutano le alter-



**Luigi Presenti**

Direttore della  
Struttura complessa  
di chirurgia generale,  
Presidio ospedaliero,  
Olbia

Presidente  
del Collegio italiano  
chirurghi

nel sistema sanitario, il concetto dell'appropriatezza si è trasformato da un criterio con forti connotazioni cliniche a un sistema di relazioni clinico-economico-organizzative. In primo luogo la scelta del setting assistenziale, che in chirurgia è diventato ormai uno degli obiettivi più rilevanti nella valutazione della performance e a cui sono connesse prospettive di risparmio finanziario importanti. Abbiamo così assistito a una progressiva conversione dei modelli di ricovero, con identificazione di numerosi drg chirurgici ad alto rischio di inappropriatazza in ricovero ordinario, un successivo elenco di drg ad alto rischio di inappropriatazza in day surgery, e quindi da erogare in un setting ambulatoriale, fino alla individuazione di interventi che possono essere eseguiti da un solo chirurgo. In questo senso hanno assunto notevole rilevanza anche i nuovi sistemi di valutazione – penso prevalentemente al Programma nazionale esiti – che hanno generato, in una categoria come quella chirurgica non abituata a essere "misurata" in maniera rigorosa e oggettiva, dei flussi positivi, in termini di capacità di autovalutazione, di scelte operative non autoreferenziali, di percezione delle componenti che contribuiscono all'esito di una prestazione chirurgica. Di strada ce n'è di sicuro molta ancora da fare, ma un circolo virtuoso si è innescato.

Inoltre si diffondono i programmi di *Choosing wisely*, che fanno riferimento alla

filosofia della *Slow medicine*, e che molte associazioni di chirurghi hanno iniziato ad adottare per elaborare raccomandazioni ai propri associati. Colpisce, per esempio nelle raccomandazioni dell'*American college of surgeons* l'uso di parole chiave come *don't* e *avoid*, nel senso di evitare esami diagnostici inutili e trattamenti di non provata efficacia. È evidente come in questa filosofia si coniughino appropriatezza clinica e appropriatezza economico-organizzativa, con l'obiettivo dell'allocazione di risorse nel giusto contesto.

## Decisione

*De-cisione*. Come detto, appare un procedimento conoscitivo diverso. Lo vedo applicabile soprattutto alla chirurgia d'urgenza. In questi casi gli elementi di valutazione sono di norma più esigui, la componente tempo gioca un ruolo fondamentale, l'informazione al paziente e ai familiari è spesso più sommaria e aleatoria. L'atto chirurgico diventa spesso l'ultimo atto diagnostico, la stessa programmazione della strategia chirurgica può essere prevista solo a grandi linee. In questo senso mi sembra che sia utilizzabile il termine *decisione nell'accezione* che abbiamo assunto. Si scartano le ipotesi meno favorevoli per adottare quella apparentemente migliore, in un procedimento, per così dire, di sottrazione. Se la scelta di un trattamento chirurgico in elezione è meditata, razionale, condivisa, la *de-cisione* in

“ In alcuni casi il chirurgo è, e non voglio essere provocatorio, mero esecutore del trattamento scelto.”

“ Scelta e decisione sono i paradigmi della responsabilità, che deve caratterizzare l'atteggiamento del chirurgo e il suo approccio ai problemi.”

native terapeutiche. Il chirurgo in questi casi è uno degli attori del processo di "choosing" e la sua libertà di scelta, che in altri tempi era totale, è subordinata alla interazione con il paziente, l'oncologo, il radioterapista, il radiologo, lo psicologo e con altre figure professionali. In alcuni casi il chirurgo è, e non voglio essere provocatorio, mero esecutore del trattamento scelto. Il processo di scelta prevede quindi una completa conoscenza del caso clinico e il "meglio" è di norma la sintesi di posizioni diverse. In questo processo le evidenze scientifiche dovrebbero avere un ruolo predominante, quindi la conoscenza di linee guida rigorose dovrebbe essere patrimonio di tutti.

La componente informazione/partecipazione del paziente – e della famiglia – è un altro pilastro del processo di scelta. Più il paziente è informato, più è consapevole riguardo all'iter terapeutico, maggiore è la condivisione sulla strategia, migliori saranno i risultati. L'intervento chirurgico è un atto irreversibile e la valutazione costi/benefici deve essere sottoposta a una valutazione più oggettiva possibile.

Un'altra componente rilevante del processo di scelta è ormai il criterio dell'appropriatezza. In una situazione di crisi economica che si riflette in maniera anche drammatica



urgenza è istintiva, empirica, spesso umorale. Il chirurgo d'urgenza deve essere capace di elaborare la propria valutazione spesso in tempi brevi, se non brevissimi, e in molti casi la decisione si sintetizza nel binomio *operare/non operare*.

Se l'uomo, come dice Cesare Cases, "si definisce scegliendo e scartando", il chirurgo si definisce scegliendo e decidendo. La sua capacità di scelta è prevalentemente correlata alla sua disponibilità all'interazione con altri soggetti, alla sua facoltà di mettere in gioco le sue convinzioni personali e le sue abitudini spesso autoreferenziali, alla sua lucidità nel valutare competenza e contesto operativo.

Il chirurgo decisore è invece spesso solo – o mal accompagnato! – e si confronta con situazioni a volte imprevedibili in cui il processo mentale deve essere rapido e, in molti casi, deve "scartare" le opzioni meno favorevoli al paziente.

**Scelta e decisione** sono comunque i paradigmi della **responsabilità**, che deve caratterizzare l'atteggiamento del chirurgo e il suo approccio ai problemi. Si **risponde** del nostro operato di fronte ai pazienti, al sistema, a tutta la società civile. Il senso etico della nostra professione deve essere al centro dei nostri pensieri. ▣