

G Chir Vol. 28 - n. 1/2 - pp. 5-6  
Gennaio-Febrero 2007

editoriale

## I trapianti in rapporto ai mass media: dal trionfalismo alla ricerca esasperata della *malpractice*

M. ROMANO

con la collaborazione di Ga. ROMANO<sup>1</sup>, Gi. ROMANO, G. COCCHIARA, G. BUSCEMI

La storia dei trapianti, dalle origini ai giorni nostri, si intreccia e si rispecchia, in un certo senso, con quella della chirurgia in senso lato e del modo di essere del chirurgo rispetto alla società, all'immaginario collettivo e ai mass media.

Non si sono ancora spenti gli echi dei sensazionalismi che si sono accompagnati ai primi trapianti realizzati nel mondo e che si andavano via via diffondendo in tutte le nazioni tecnologicamente avanzate. I trapianti rappresentavano la punta più avanzata della Chirurgia ed il chirurgo che li realizzava era il grande taumaturgo, che incuteva non solo ammirazione ma anche rispetto. Il trapianto era una grande sfida anche se ancora molte problematiche non erano ben capite ed il rigetto ben lungi dall'essere combattuto efficacemente; tuttavia ciò che i mass media celebravano nei loro articoli era proprio l'apertura della "nuova frontiera", le grandi possibilità tecniche del "Chirurgo demiurgo", capace di sfidare la natura: se qualcosa andava male, difficilmente veniva messo in discussione il carisma del protagonista. Altre potevano essere le cause dell'insuccesso (il rigetto, complicanze impreviste).

Tutto ciò è durato decenni. Stampa e televisione non mancavano mai di sottolineare a grandi titoli, spesso sotto forma di "scoop", gli exploit trapiantologici. Ciò avveniva per eventi trapiantologici importanti, di risonanza mondiale, vedi i primi trapianti d'organo negli Stati Uniti, il grande evento mediatico del primo trapianto di cuore realizzato da Christian Barnard in Sud Africa, o nazionali, primi trapianti in Italia, lo xenotrapianto di rene realizzato da Paride Stefanini e via continuando, con un crescendo che non pareva avere mai fine, con i trapianti multiorgano, con le cellule staminali e così via con altri sensazionalismi. Ma tutti quanti sappiamo che analoghe celebrazioni giornalistiche venivano fatte anche per eventi trapiantologici di risonanza regionale e locale, perché il trapianto era sempre un evento mediatico. Che cosa è rimasto oggi di tutto ciò?

La trapiantologia moderna è uscita, almeno per gran parte, dalla fase di sperimentazione clinica. Il trapianto di molti organi è una terapia accettata ed erogata dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In Italia, come del resto in altri Paesi del mondo, i trapianti sono regolati da apposite norme legislative, i Centri devono fare riferimento al rilascio di apposite autorizzazioni ed il Centro Nazionale Trapianti (CNT) esegue un capillare controllo di qualità (*audit*) sull'attività trapiantologica in tutto il territorio nazionale. Il trapianto è dunque un'attività di routine, come per molta della Chirurgia Generale (interventi sulla tiroide, sul colon, stomaco, mammella, etc.) e pertanto il chirurgo che esegue trapianti è stato gradualmente assimilato agli altri chirurghi.

Il trapianto è un tipo di terapia chirurgica per malattie che portano all'insufficienza d'organo e il paziente e i familiari sanno che il problema può essere risolto con il trapianto e si aspettano anzi "pretendono" che tutto vada bene come se fosse l'operato di un artigiano. È ovvio che l'insuccesso diventa una colpa: il contenzioso è ormai entrato anche nel mondo dei trapianti ed il chirurgo trapiantatore è un comune prestatore d'opera del SSN, il più delle volte non considerato una grande risorsa; e, d'altra parte, insidie e trappole in Trapiantologia non mancano. Basti pensare al potenziale, anzi reale, rischio di diffusione di malattie dal donatore al ricevente da cui ta-

Università degli Studi di Palermo  
A.O.U.P. Paolo Giaccone  
Unità Complessa di Chirurgia Generale, dell'Uremico e dei Trapianti d'Organo  
(Direttore: Prof. M. Romano)  
<sup>1</sup> Ospedale Civico Palermo  
U.O. Chirurgia d'Urgenza

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

lora è difficile difendersi, anche con un consenso informato ben formulato (1). La cronaca si è purtroppo interessata anche di questo aspetto.

Non c'è dubbio però che dietro un trapianto ben riuscito c'è una grande rete organizzativa, che richiede impegno e dedizione. Il trapianto è oggi routine ma probabilmente non paga più come una volta e non attrae i giovani, che non hanno sufficienti incentivi. Si può parlare di crisi di vocazione per tale tipo di Chirurgia?

Il Congresso SITO del 2005, organizzato a Palermo, ha dato ampio spazio ad una Tavola Rotonda con i giovani chirurghi della SPIGC per dibattere questo aspetto del problema e occorre dire, con rammarico, che tra i giovani c'è diffidenza nell'accostarsi a questa professione.

Col termine *malpractice* vengono indicati gli errori che il medico e il chirurgo possono commettere nella propria pratica professionale nei quali si vuole individuare una responsabilità civile e/o penale ai fini di un risarcimento per i malati (2). Questi in passato pensavano che il chirurgo producesse complicanze oggi, invece, errori, occasione per agganciarsi alle assicurazioni e chiedere un risarcimento economico, a volte su consiglio di medici non degni di questo nome, dimenticando che il chirurgo si accosta al malato, in sala operatoria, per curarlo e non per arrecargli danni. La conseguenza è che il chirurgo che si occupa di trapianti d'organo è sottoposto ad una serie di pressioni esterne: da un lato vi è la necessità di razionalizzare ed economizzare le risorse messe a disposizione per la spesa sanitaria, dall'altro la crescente domanda di organi da parte dei pazienti (3). Di contro vi è la necessità di dovere raggiungere gli obiettivi diagnostici e terapeutici tenendo conto delle crescenti esigenze dei pazienti che mirano sempre più ad un risultato di certezza, e quindi il chirurgo avverte la paura di commettere errori. La conseguenza è che vengono arrecati dei danni allo stato di benessere fisico e psichico del chirurgo il quale può andare incontro ad una sindrome clinica definita come "burnout" (4).

Purtroppo non c'è più un buon rapporto tra medico e malato. Quale la soluzione? Il paziente non deve più considerare le complicanze come errori per potersi agganciare alle assicurazioni e quindi avere una fonte di guadagno, il chirurgo non deve trincerarsi dietro un "non agire", per non rischiare, ma si deve ricoprire di "humanitas" e considerare il malato un fratello che soffre.

## Bibliografia

1. Wright L, Faith K, Richardson R, Grant D. Ethical guideline for evaluation of living organ donors. *Can J Surg* 2004; 47: 408-13.
  2. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. *JAMA* 2000; 283:1731-37.
  3. Campobasso CP, Quartana R, Dell'Erba A. Living donor kidney transplant: medicolegal and insurance aspects. *Transplant Proc* 2005; 37:2439-44.
  4. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeon. *Surgery* 2001; 130:696-05.
-