

Giorgio Pellis



Per concorde valutazione di tutti coloro che hanno scelto la professione del *Primary Surgeon* (chirurgo di comunità), pochi altri medici possono contare su una così profonda gratitudine da parte dei loro pazienti, per i quali gesti a volte semplici restituiscono una prospettiva di salute in maniera rapida, visibile e concreta.

---

Nel classico paradigma delle cure mediche la chirurgia è posizionata ad un estremo dello spettro e come tale non è mai stata considerata come parte del tradizionale modello di salute pubblica[1].

Comunemente, uno dei primi testi che si consigliava a chi partiva per un servizio di volontariato internazionale negli anni '60 e '70 era "Medical care for Developing Countries", dove M. King riassume i concetti maturati nel congresso di Makerere (Kampala, Uganda) del 1966. In quel prezioso testo, in cui trovava spazio anche un capitolo sull'anestesia, era presentato ogni tipo di parto operativo ad eccezione del cesareo. Non una parola su alcuna altra procedura chirurgica[2].

Nel 1978, ad Alma Ata, l'OMS definì il concetto di *Primary Health Care* (PHC) come l'assistenza sanitaria di base resa universalmente disponibile alle comunità attraverso un metodo partecipato e ad un costo accettabile.

Nello stesso tempo, per la prima volta si faceva il punto sulla situazione sanitaria nei Paesi in via di sviluppo e si comprendeva che la medicina concentrata solo sugli ospedali non permette di affrontare i determinanti delle malattie più comuni nelle popolazioni povere. La medicina pubblica, per conseguenza, divenne sinonimo di un lavoro sul territorio perdendo ogni connotazione di medicina pubblica ospedaliera. Questo spostamento di attenzione portò in molte circostanze a sottostimare l'importanza degli ospedali, considerati più "divoratori di risorse" che strutture di supporto e di sinergia con il territorio.

**Come immediata conseguenza, la chirurgia, che non poteva facilmente nutrirsi**

**dell'attenzione degli epidemiologi, perse definitivamente il ruolo (sproporzionatamente) centrale che aveva in passato.** Dove andò bene, fu "tollerata" come "un male inevitabile".

Con un imprevisto "effetto domino" negli anni '90 ci si accorse che molte azioni sul territorio incontrarono un progressivo indebolimento e una delegittimazione: che senso aveva disporre di un personale perfettamente addestrato sui principi dell'*Integrated Management Child Illness* (IMCI) se i piccoli pazienti, dopo una corretta diagnosi erano poi ricoverati in ospedali sprovvisti di ogni minima risorsa? Quale vantaggio deriva da un capillare programma per la gravidanza sicura se nessuno può offrire un parto operativo in emergenza? O infine che conseguenze devastanti dal punto di vista sociale potrà avere un ospedale Distrettuale incapace di affrontare i traumi?

**Oggi sappiamo invece che se è vero che i servizi chirurgici assorbono almeno il 30% delle risorse economiche di un piccolo ospedale e fino al 50% del tempo del suo personale, un servizio strutturato per fornire prestazioni chirurgiche di base è un buon investimento**[3].

Negli anni '90, sulla scorta del rapporto della Banca Mondiale "Investing in Health"[4], lentamente, ci si accorse che era necessario riconsiderare il ruolo dei servizi ospedalieri anche per i loro aspetti chirurgici: l'OMS pubblicò una serie di manuali ormai classici sulle procedure chirurgiche negli ospedali distrettuali [5,6,7,8] e **Maurice King fece pubblicare gli attesissimi volumi intitolati alla Primary Surgery**[9,10], alla *Primary Anesthesiology*[11] e alla *Primary Mother Care and Population*[12].

A riprova di quale resistenza si incontra per includere la *Primary Surgery* nell'ottica della PHC, non possiamo trovare alcun accenno ad un ruolo definito di questa disciplina presso i Millennium Development Goals, nonostante gli obiettivi 4 e 5 si pongano la riduzione della mortalità infantile e di quella materna entro il 2015 rispettivamente dei 2/3 e dei 3/4[13].

**Poiché la mortalità materna si concentra attorno al momento del parto, il primo mezzo per ridurla è organizzare un numero sufficiente di servizi ostetrici in grado di affrontare tutte le emergenze (controllo dell'emorragia e della sepsi) ma soprattutto forniti di una sala operatoria disponibile 24 su 24.**

Più complesso e ancora meno studiato è l'impatto della chirurgia sulla mortalità infantile. In questo periodo della vita sembra più pesante l'impatto sulla disabilità, dove deformità congenite, infezioni e traumi incidono in maniera molto significativa.

**La Primary Surgery è parte integrante della PHC perché ne condivide finalità e metodi**[14].

Essa può essere definita come quell'attività che, con i mezzi della chirurgia, è in grado di ridurre mortalità, invalidità e sofferenze di una popolazione impiegando in modo selettivo e mirato risorse al più basso costo possibile.

Questi concetti trovavano il principale punto d'applicazione nei Distretti sanitari, quelli dove si svolge la maggior mole di lavoro sanitario nei Paesi poveri.

Il servizio di *Primary Surgery* deve essere profondamente radicato nella comunità, deve rispondere ai suoi bisogni emergenti ed è il settore portante dell'ospedale Distrettuale. Un buon servizio qualifica l'ospedale, lo legittima presso la sua popolazione e orienta in modo determinante il suo bilancio.

**Anche se la *Primary Surgery* è particolarmente frugale nelle sue richieste esistono limiti che non dovrebbero mai essere valicati: ci si dovrebbe sempre rifiutare di operare senza una corretta anestesia/analgesia e ogni volta che non si può garantire la sterilità.**

**Infine, dovrebbe essere sempre disponibile un efficace sistema di smaltimento dei rifiuti provenienti dall'attività chirurgica.**

Queste richieste vincolano i servizi anestesilogici e quelli chirurgici a dotarsi di personale adeguato per numero e competenze, di tecnologie appropriate per un lavoro in sicurezza, di piani finanziari adeguati per mantenere efficienti ed efficaci i servizi nel tempo.

King sottolinea che un *primary surgeon* completo dovrebbe possedere competenze relative a 20 specialità. In ambienti caratterizzati da risorse limitate, una simile figura è un ideale raramente raggiunto. In realtà qualunque chirurgo può avvicinarsi a questo modello se si dispone a costruire il suo lavoro sui bisogni che la sua comunità esprime con maggior frequenza: **l'ostetricia, la traumatologia e la chirurgia generale.**

La maggior parte delle richieste non contemplano interventi complessi, ad alto consumo di tempo o di risorse ed è noto che anche il loro costo è favorevolmente comparabile con costi comunemente accettati anche per i piccoli ospedali.

Solo molto recentemente si è preso in considerazione il problema dei costi della chirurgia<sup>[1]</sup>. Un pratico metodo per legare i costi ai benefici è l'utilizzo dei DALY (**Tabella 1**).

**Tabella 1. Una stima del rapporto costo/efficacia di alcuni interventi sanitari**

Tabella 1. Una stima del rapporto costo/efficacia di alcuni interventi sanitari

Tipo di intervento	Rapporto costo-beneficio per DALY evitato
Kit per il trattamento di malattie non trasmissibili	2 - 9 \$
Vaccinazione per il morbillo	5 \$
Interventi chirurgici di base	11 - 33 \$
Terapia per AIDS/HIV	300 - 500 \$

(modificato da Ozgediz e Rivello - 2008) <sup>14</sup>.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

(modificato da Ozgediz e Rivello - 2008)[[14](#)].

Si dimostra che l'approccio chirurgico di base a molte condizioni mediche è in grado di imprimere una svolta positiva alla malattia, ne accelera la guarigione e permette una sensibile economia di risorse. Si pensi alle piaghe e alle infezioni croniche, al trattamento precoce delle ustioni o alla più semplice traumatologia.

Il chirurgo che va a lavorare in un ospedale Distrettuale dovrebbe sviluppare alcune competenze sconosciute a molti medici che lavorano negli ospedali dei paesi ricchi. Dovrebbe saper fare alcuni dei gesti tipici dell'anestesista per poterlo sempre affiancare, dall'intubazione tracheale all'incannulamento di una vena centrale, dall'esecuzione dell'anestesia spinale e peridurale, alla conduzione di una semplice anestesia con etere. Alcuni specialisti in ORL si meravigliano di quanti pochi strumenti semplici c'è bisogno per fare un'efficace tracheotomia.

Come ostetrico, dal *primary surgeon* ci si aspetta la capacità non solo di eseguire il cesareo ma anche quella di condurre un parto spontaneo anche quando è necessario ricorrere alla sinfisiotomia, nonostante le critiche che molti sollevano contro questa procedura. Per contro, King e i suoi collaboratori sottolineano che questo gesto semplice, con bassa morbilità e mortalità nulla, efficacissimo quando correttamente indicato, non dovrebbe essere escluso dalle normali competenze.

Dovremmo saper fare un'embriotomia come non raro gesto salva-vita per la madre. **Uno straordinario impatto ha la correzione delle fistole vescico-vaginali.** Anche un chirurgo con capacità modeste può riuscire a guarire circa l'80% di queste umilianti lesioni, senza ricorrere a interventi complessi.

Nell'area del trauma la trazione transcheletrica e le semplici ingessature modellanti

possono evitare molte volte l'uso dei fissatori esterni, non sempre disponibili e su cui pende sempre il pericolo dell'infezione. La sequestrectomia nell'osteomielite acuta costituisce una procedura salva-vita per i bambini delle popolazioni più povere.

Dal chirurgo plastico dovremmo rubare pochi e fondamentali lembi e innesti e per tutti vale come campione di sicurezza e semplicità quello di Ollier: con un ago si sollevano piccoli lembi di cute e sottocute ritagliando con un colpo di forbice o di bisturi numerosi dischetti da appoggiare sull'area ricevente: se il risultato estetico sarà discutibile, la guarigione è assicurata anche nei pazienti meno favorevoli.

**I gesti che un chirurgo di comunità deve abituarsi a eseguire con determinazione ed efficacia sono innumerevoli: dall'inserire un drenaggio toracico a introdurre un catetere sovrapubico, da recuperare e reinfondere sangue perso nel peritoneo a ridurre una lussazione.**

Per concorde valutazione di tutti coloro che hanno scelto questa professione pochi altri medici possono contare su una così profonda gratitudine da parte dei loro pazienti per i quali gesti a volte semplici restituiscono una prospettiva di salute in maniera rapida, visibile e concreta.

### **Risorsa**

Tecnologie essenziali in sala operatoria [[PDF: 20 Kb](#)]

### **Bibliografia**

1. The World Bank Group. Disease Control Priorities in Developing countries. Strengthening Health System. 67-Surgery. 2006.
2. King M. Medical Care in Developing Countries. Nairobi: Oxford University Press, 1966.
3. Nordberg EM. Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair and operation for strangulated hernia in rural Africa. BMJ 1984; 289: 92-93.
4. The International Bank. World Development report 1993. Investing in Health. Oxford: Oxford University Press, 1993.
5. Krol J. Rehabilitation surgery for Deformities due to Polyomyelitis. Techniques for the District Hospital. Geneva: WHO, 1993.
6. Cook J, Sankaran B, Wasunna AEO. General Surgery at the District Hospital. Geneva: WHO, 1988.
7. Dobson MB. Anesthesia at the District Hospital. Second Edition. Geneva: WHO,

- 2000.
8. Cook J, Sankaran B, Wasunna AEO. Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva: WHO, 1991.
  9. King M, Bewes P, Cairns J, Thornton J, et al. Primary Surgery - Volume One, Non-Trauma. Oxford: Oxford University Press, 1990.
  10. King M, Awori N, Bewes P, Cairns J, et al. Primary Surgery - Volume Two, Trauma. Oxford: Oxford University Press, 1987.
  11. King M, Aiyem E, Bewes P, et al. Primary Anaesthesia. Oxford: Oxford University Press, Reprinted 2003.
  12. Mola G, Thornton J, Breen M, Bullough C, Guillebaud J, Addo F (eds). Primary Mother Care and Population. Published privately by Maurice King, 2003.
  13. UNDP. Human Development Report 2003. **Millennium development goals: A compact among nations to end human poverty**. Oxford: Oxford University Press, 2003. [[PDF: 6 Mb](#)]
  14. The Plos Medicine Editors. A Crucial Role of Surgery in Reaching the UN Millennium Development Goals. Plos Med 2008; 5(8): e182.
  15. Ozgediz D, Rivello R. The "other" neglected diseases in public health: Surgical conditions in sub-Saharan Africa. PloS Med 2008; 5(6):e121. doi:10.1371/journal.pmed0050121, 2008.