

G Chir Vol. 27 - n. 10 - pp. 353-355
Ottobre 2006

editoriale

Il chirurgo universitario: specializzazione o conoscenze fondamentali?

S. STELLA*

*“Di rado l’insegnamento è veramente efficace,
tranne in quei casi felici in cui è quasi superfluo”.*

A. Gibbson

Ho avuto modo qualche tempo fa di leggere un pregevole editoriale del Prof. Davide D’Amico pubblicato su questa rivista. In esso l’Autore con molta puntualità si soffermava sulle cause che sono alla base della innegabile crisi che sta attraversando il chirurgo nell’attuale contesto socio-culturale-massmediatico, esprimendo considerazioni del tutto condivisibili (parcellizzazione del sapere chirurgico, concezione supereconomicistica nella gestione delle università e degli ospedali, condizionamento dei massmedia sul rapporto medico-paziente). Solo su un punto mi sento di esprimere qualche riserva: la parte conclusiva mi è sembrata troppo pervasa da una struggente nostalgia per un passato che obiettivamente non è più riproponibile. I valori che per me (ormai ultrasettantenne) erano percepiti come assoluti – scuola, maestro quale leader indiscusso e onnipotente, sottomissione totale alla logica accademica – non vi è dubbio che ormai appartengono ad un paesaggio rappresentato da patetiche fotografie ingiallite. Troppe cose sono cambiate in questi ultimi decenni: la scolarizzazione e l’università di massa; la sanità concepita come diritto per tutti; la multidisciplinarietà ed il lavoro di équipe che hanno archiviato definitivamente la figura del “solista”; l’abilità manuale sempre meno determinante in relazione allo sviluppo esponenziale delle tecnologie (sutura meccaniche, chirurgia videoassistita, robotica, chirurgia radioguidata, capacità diagnostiche impensabili fino a trenta anni fa); la possibilità di accedere in tempo reale ad ogni tipo di informazione che, accrescendo le conoscenze e le competenze di ciascuno, ha comportato un sostanziale livellamento. Tutto ciò non può non avere anche un rilevante riflesso sui processi formativi nei percorsi sia universitari che post-universitari.

A questo punto una domanda sorge spontanea: esiste oggi un valido motivo che giustifichi una distinzione tra chirurghi universitari ed ospedalieri che non sia solo quello di soddisfare privilegi legati a logiche di lobby? Io credo proprio di no. Ed in effetti attualmente è assai difficile identificare una attività svolta da una istituzione universitaria che non sia svolta altrettanto bene da una struttura ospedaliera di buon livello. L’enfasi che si pone quando si afferma che il chirurgo universitario fa anche ricerca e didattica appartiene ormai al patetico e velleitario mondo dei sogni. La trasmissione acritica del sapere consolidato non può essere solo appannaggio degli universitari; e dunque a ragione i colleghi ospedalieri rivendicano il diritto di insegnare con pari dignità nelle scuole di specializzazione. Non si tratta quindi di stabilire gerarchie di merito o di prestigio tra queste due categorie di chirurghi, che non avrebbero alcun senso, semmai di definirne puntualmente le rispettive funzioni; considerando soprattutto che oggi la chirurgia italiana non è in grado di esprimere una rivista con impatto internazionale e che gran parte dei nostri congressi si risolve in vere e proprie “fiere della vanità” o in fruttuose operazioni di marketing delle industrie medicali, con assai rare e lodevoli eccezioni.

* Professore Ordinario
Università degli Studi di Chieti
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche
© Copyright 2006, CIC Edizioni Internazionali, Roma

È auspicabile pertanto un netto cambiamento di rotta, che deve riguardare in primo luogo i chirurghi universitari, per i quali l'innovazione e l'originalità debbono rappresentare gli obiettivi prioritari. Di fronte alle tumultuose trasformazioni della nostra epoca e alla rapida obsolescenza delle conclusioni della ricerca e dei modelli teorici che ne guidano le procedure, la formazione del chirurgo universitario deve corrispondere ad una duplice esigenza: ampliarne le conoscenze di fondo (che non vuol dire genericità) e ad un tempo accentuarne le capacità politecniche per un agevole passaggio da una competenza specifica ad un'altra. Scuole di chirurgia, in altre parole, intese come palestre non solo per *insegnare ad insegnare*, ma soprattutto per *imparare ad imparare*, dove un chirurgo "nuovo" perda la sua prevalente connotazione tecnicistica per accrescere ed aggiornare le conoscenze di base (genetica, fisica, informatica), onde scongiurare il rischio di diventare un mero e docile esecutore delle ricadute applicative delle scienze fondamentali. Sono ben comprensibili pertanto le maggiori difficoltà che trovano i centri medici universitari isolati, non collocati in un contesto multidisciplinare di un normale ateneo dove convivono e si confrontano stimoli culturali diversi e dove è più agevole un approccio trasversale al sapere.

Pertanto il *dottorato di ricerca* deve diventare il *titolo irrinunciabile* per accedere alla carriera accademica, inteso come percorso formativo per acquisire quell'autentica cultura scientifica (capacità di analisi critica non solo dei risultati ottenuti ma anche dei modelli teorici d'impianto e delle procedure metodologiche seguite), che sinteticamente consiste nel *ritenere provvisorio ciò che in genere erroneamente viene dato per consolidato e definitivo*. Ed è per questo che ritengo del tutto improprio attribuire, ai fini concorsuali universitari, una valenza scientifica al conseguimento del diploma delle scuole di specializzazione, che non può che rappresentare un titolo esclusivamente professionizzante.

Tuttavia, anche rimanendo nello specifico campo di tali scuole, i segnali che ci arrivano non sono incoraggianti. È infatti pateticamente passatista la figura del chirurgo che viene delineata dagli "esperti" ministeriali che hanno redatto le recenti norme sulle scuole di specializzazione. Nel percorso formativo del chirurgo generale, che dovrà cimentarsi con le sfide tecnologiche dei prossimi decenni, incredibilmente non compaiono mai le parole genetica, immunologia, nanotecnologie, telechirurgia, robotica, biotecnologie, terapia genica, proteomica, bioinformatica (che è tutt'altra cosa rispetto alla mera capacità di utilizzarne gli strumenti!). È veramente stupefacente l'assenza di qualsiasi capacità prospettica dimostrata da questi "esperti", dai quali mi aspettavo che fossero in grado non certo di delineare un futuribile nel quale al chirurgo fosse richiesto, probabilmente, di essere un abile programmatore di software, ma almeno di intuire ciò che in un futuro, assai prossimo, ci riserverà la chirurgia oncologica in relazione al progresso dell'imaging funzionale, della genomica e della proteomica, per i quali cominciano ad essere disponibili sistemi di studio tanto biologici, robotici e statistici, quanto informatici. Pertanto, più che i progressi inerenti alla vie di accesso, saranno rilevanti quelli relativi alla individuazione e localizzazione delle formazioni tumorali.

Ecco perché ritengo abbastanza sterili e superate alcune *querelles* riguardanti la didattica in chirurgia, come quello sulla *consecutio* da seguire per l'insegnamento degli interventi open o videoassistiti. È come se volessimo discutere se sia meglio cominciare a guidare una moderna Ferrari o una diligenza ottocentesca. Per non considerare la difficoltà di trovare un paziente che sia disponibile a sottoporsi ad un intervento tradizionale a fini didattici! Credo, quindi, che sia ormai diffusa la convinzione che per un chirurgo in formazione sia più facile, dopo aver acquisito esperienze in chirurgia videoassistita, passare a quella open.

L'apprendimento delle discipline mediche non può, inoltre, non tener conto del fatto che l'innovazione tecnologica, ed in particolare la informatizzazione, stanno radicalmente e rapidamente sovvertendo il tradizionale rapporto medico-paziente e modificando in modo strutturale i vari interventi in campo ospedaliero, preventivo e riabilitativo. L'ospedale, inoltre, sta evolvendo verso una struttura "virtuale", ove le competenze necessarie alla soluzione dei problemi clinici complessi non potrà realizzarsi solo nel suo interno, ma anche con il contributo di specialisti, anche assai remoti, accessibili tuttavia tramite un teleconsulto.

Si deve comunque prendere atto che anche la chirurgia, proprio grazie alla corretta interpretazioni e applicazione delle scienze di base, ha conosciuto una sua significativa rivoluzione negli ultimi due decenni del secolo trascorso; da Halsted alla quadrantectomia esiste infatti una differenza che non è meramente tecnica (di per sé scarsamente rilevante) ma che esprime una profonda e talora sofferta elaborazione concettuale: *il minimo efficace deve prevalere ormai sul massimo di tolle-*

rabilità. E tale principio travalica il settore specifico della patologia mammaria, ma vale per la chirurgia oncologica in generale. E il merito di tutto ciò va a coloro che hanno avuto le capacità speculative per superare quel tenace conformismo culturale basato su effimere certezze. L'attribuzione del Nobel a Warren e Marshall (infezione da *Helicobacter Pylori*) 23 anni dopo la loro scoperta esprime assai bene le enormi difficoltà per vincere il pregiudizio e l'inerzia culturale.

È necessario che l'università italiana, che purtroppo ha conosciuto in questi ultimi decenni un progressivo processo di licealizzazione, recuperi quell'autentico spirito humboldiano che riconosce nello stretto rapporto tra ricerca e didattica, e quindi nella trasmissione critica del sapere, la sua funzione primaria. E questo recupero da parte dell'Università del suo ruolo istituzionale (promozione della conoscenza) è oggi più che mai indispensabile, se si tiene conto degli attuali assetti geo-politici e del tumultuoso processo di mondializzazione che prelude, dopo quella agricola ed industriale, alla terza rivoluzione epocale, cioè quella dell'"assoluto tecnico".

Dico questo perché sono ancora assai forti le resistenze che si oppongono al progresso scientifico: oltre alla superstizione e ai dogmatismi ideologici e religiosi, che in questi ultimi decenni sembrano aver ripreso vigore (vedi la resistenza agli studi sulla genetica o a riconoscere all'evoluzionismo una sua valenza scientifica), paradossalmente la scienza deve fare anche i conti con due vincoli fondamentali, e cioè con l'economia e la tecnologia; esse infatti, rispondendo alle sole logiche del mercato, si oppongono al sapere disinteressato. L'economia infatti è disposta a finanziare solo quella ricerca che è capace di fornire immediati profitti, immettendo sul mercato prodotti che in breve tempo consentano di recuperare le spese e di realizzare enormi utili. E tutto ciò a scapito della conoscenza afinalizzata, che è la sola in grado di emancipare l'umanità e preservare il suo habitat, che da "terra madre" è diventato sempre più materia manipolabile e modificabile. Ed è soltanto la "politica" - intesa nel suo più alto significato - che deve garantire finanziamenti adeguati alla ricerca fondamentale, svincolandola in tal modo dai condizionamenti dell'economia e della tecnologia, che non sono di certo interessate a progetti il cui risultato è aleatorio. Sono convinto che su questa alleanza tra "politica" e scienza l'umanità debba puntare, se intende nutrire aspettative di sopravvivenza. È necessario, dunque, che a questa logica faccia riferimento la comunità scientifica tutta, chirurghi universitari compresi, i quali - e solo allora - potranno rivendicare un loro primato culturale nell'ambito della classe medica. Per quanto riguarda in particolare l'Università italiana, tutto ciò sarà possibile solo se interverranno tempestivamente alcune iniziative legislative che riguardino: 1) adeguati finanziamenti per la ricerca di base; 2) reclutamento di giovani ricercatori; 3) moralizzazione delle modalità concorsuali, che troppo spesso hanno corrisposto a logiche del tutto estranee al merito; 4) valutazione dei risultati da parte di organi terzi (indipendenti dal potere politico e dalle lobby accademiche) dalla quale dipenderà l'entità del finanziamento.

Non mi sottrarrò, infine, dal rispondere alla domanda iniziale circa il ruolo delle università e degli ospedali: alle prime il compito prevalente di sviluppare le capacità euristiche e speculative e quindi di puntare alla ricerca e alle tecnologie di avanguardia; ai secondi quello, non meno difficile e prestigioso, di utilizzare al meglio le ricadute applicative che le scienze di base offrono in campo diagnostico, terapeutico e riabilitativo. Ad ambedue dovrà essere garantito, comunque, il diritto-dovere di insegnare, ciascuno nel proprio ambito e nelle proprie competenze. In tal modo il Sistema Paese potrà giovare di due reti formative, non sovrapposte, ma che potranno integrarsi e completarsi a vicenda, e tra le quali sarebbe assai auspicabile un continuo e fecondo interscambio di personale e di *know-how*. In tale logica risulterebbe molto funzionale che, parallelamente al percorso formativo universitario, si istituissero negli ospedali di maggior prestigio Scuole di Medicina, alle quali affidare, ad esempio, le scuole di specializzazione. E ciò in analogia con quanto avviene in altre nazioni industrialmente avanzate.

* * *

Avendo scelto questo tema come argomento della mia ultima lezione, che pone termine al mio cinquantenario di vita accademica, non posso esimermi da una riflessione che, insieme ad un stimolo per gli studenti che mi ascoltano, compendia tutto ciò che ho tentato di sostenere: *"Non si insegna ciò che si sa o si crede di sapere; si insegna quello che si è"*.