

Come sta evolvendo in Italia la chirurgia generale?



Ann. Ital. Chir., 2009; 80: 237-240

Nicola Picardi

Professore Ordinario di Chirurgia Generale

Un po' di storia

Tutti i chirurghi hanno ben chiare le possibilità e le difficoltà che hanno caratterizzato il loro periodo di crescita culturale e tecnica nel campo della chirurgia, e quelle del loro inserimento professionale.

Ma le cose stanno rapidamente cambiando, e i giovani chirurghi attualmente in addestramento affrontano situazioni estremamente diverse da quelle che si è presentata alle due generazioni precedenti. I più anziani di loro, facendo riferimento al loro personale curriculum, rilevano come il mondo della chirurgia si sia completamente trasformato, nel corso della loro stessa vita professionale, non semplicemente per i travolgenti e bene accolti progressi tecnici e delle conoscenze, ma soprattutto per le diverse prospettive e nuovi doveri e vincoli che si presentano alle nuove generazioni.

Non si fa opera nostalgica se si rammentano o si fanno conoscere le regole con cui 70 anni fa si diventava chirurghi in Italia, paragonandole a quelle attuali. La storia non si ripete, ma la conoscenza del passato può offrire elementi di riflessione che non possono non essere forieri di futuri miglioramenti.

È il momento di volgere uno sguardo panoramico, e possibilmente distaccato, alla situazione della chirurgia in Italia, e cercare di comprendere il significato di una serie di segnali che tutti possono cogliere in ambito universitario, in ambito ospedaliero e in generale nella vita sociale.

Un sintomo francamente evidente, che va compreso e certamente non da trascurare, almeno nell'ottica di un docente universitario, è la nettissima redistribuzione del rapporto tra gli uomini e le donne non solo al momento dell'accesso agli studi universitari di medicina, ma anche e soprattutto nella partecipazione alle Scuole di Specializzazione in Chirurgia, con una preminenza tendenziale per le nostre Colleghe.

Due-tre generazioni fa rispetto alla mia non esistevano le Scuole di Specializzazione in Chirurgia, e si diventava chirurghi in Italia praticando di fatto la chirurgia in ambienti ospedalieri o negli istituti universitari.

Negli ospedali l'apprendistato passava attraverso i concorsi, inizialmente per Assistente chirurgo che si svolgevano per titoli ed esami. Il vincitore veniva assunto in servizio per la durata di due anni, ma l'Amministrazione, come una sorta di riconoscimento di qualità, poteva confermarlo in servizio per altri due anni come "assistente interino". Dopo di che l'Assistente con 2-4 anni di servizio veniva formalmente dimesso dal servizio pubblico: poteva in realtà partecipare di nuovo al concorso per Assistente con maggiori titoli e quindi elevate pos-

sibilità di rimanere in servizio come Assistente di ruolo per un altro biennio-quadriennio.

Si svolgevano peraltro i concorsi per Aiuto chirurgo, anch'essi per titoli ed esami. Oltre alla cultura verificata con le prove scritte, il candidato poteva far valere i 2-4 anni di servizio eventualmente svolto come Assistente chirurgo di ruolo con le relative casistiche operatorie, e le prove di concorso prevedevano anche una prova pratica di "medicina operatoria" secondo la denominazione dell'epoca, che veniva svolta sul cadavere. È facile intuire come i candidati più motivati dell'epoca trascorrevano sistematicamente molte ore antelucane nelle sale dissectorie dell'anatomia patologica per esercitarsi nelle varie regioni dell'anatomia chirurgica.

Il vincitore del concorso per Aiuto chirurgo veniva chiamato dall'amministrazione che aveva bandito il concorso a ricoprire il ruolo per soli 4 anni, prolungabili anche questi a discrezione dell'amministrazione stessa per altri 4 anni in qualità di Aiuto Chirurgo "interino", e poi via, nell'ambito della professione medica privata, all'epoca viva e vitale, a meno di non tornare a concorrere per Aiuto chirurgo con aumentati titoli. Di fatto questo ruolo poteva essere prolungato ripetutamente, perché facilmente l'Aiuto chirurgo "anziano" veniva ad essere più titolato di altri e dunque più facilmente vincitore del concorso successivo per migliorata cultura ed esperienza acquisite.

Altrimenti, trattandosi ormai di chirurghi con 12 anni di servizio attivo, dell'età media di 36 anni e con un'esperienza con-

solidata, potevano aspirare ad accedere legittimamente e con dignità all'esercizio della professione privata – che allora rappresentava una larga fetta dell'attività chirurgica – con successo professionale ed economico.

Ma c'era anche il concorso per Primario chirurgo, anch'esso per titoli ed esami. Nelle more del suo espletamento, che non aveva cadenza regolare in quanto era prevista la permanenza in servizio dei vincitori fino al 70° anno di età. Spesso inoltre l'Amministrazione concedeva di rimanere in servizio ai chirurghi già "interini" come Aiuto, che assumevano pro-tempore la funzione primariale.

Ancora per le prove concorsuali c'erano la prova scritta, quella o quelle pratiche di medicina operatoria e la valutazione dei titoli. Oltre al pregresso servizio come Assistente o di Aiuto, il candidato poteva vantare presentare altri titoli come l'idoneità conseguita ad altri concorsi, ma soprattutto la Libera Docenza eventualmente conseguita in ambito universitario, classicamente in Patologia o in Clinica Chirurgica.

Nell'ambito universitario l'apprendimento della chirurgia avveniva quasi per osmosi, con partecipazione attiva all'attività chirurgica dell'Istituto di appartenenza, inizialmente su base puramente volontaria. Anche qui l'assunzione come Assistente avveniva per Concorsi, che però erano regolati dal sistema delle "terne". La Commissione presieduta dal titolare della cattedra che aveva fatto bandire dal Ministero il concorso – ce n'erano poche – dopo l'espletamento delle prove di concorso, designava una terna di vincitori – oggi li chiameremmo "idonei" – e il titolare della Cattedra aveva il diritto di scegliere uno dei candidati della terna, che risultava così il vero vincitore. Agli altri due restava il titolo di "ternato" da inserire nel proprio curriculum e da far valere come arricchimento dei titoli in vista del prossimo concorso.

La meta fisiologica nell'ambito universitario era naturalmente il conseguimento della Libera Docenza. Ciò portava ad un fervore di ricerche per poter produrre pubblicazioni scientifiche

da far valere in futuro come titoli. Spesso in queste ricerche collaboravano chirurghi di entrambe le categorie, ospedalieri ed universitari.

È ovvio che si verificasse un certo crescente prepotere del mondo universitario, sia per il meccanismo sancito dalla legge della progressione in carriera universitaria sostanzialmente "per cooptazione" con il sistema delle terne, che valeva anche per i concorsi a cattedra, sia per il potere di gestione delle Libere Docenze.

Il giovane universitario, se voleva rimanere tale e possibilmente progredire nella carriera, doveva rendersi un duttile strumento operativo nelle mani del suo Direttore. Questi, circondato da uno stuolo di giovani e meno giovani aspiranti, poteva promuovere e valorizzare le doti che in essi veniva ad individuare, facendo crescere culturalmente ed accademicamente il peso ed il valore della sua struttura universitaria. Poteva sviluppare nei suoi allievi le doti di ricercatore, di diplomatico accademico, di organizzatore didattico, di responsabile del servizio assistenziale ai pazienti, e finalmente liberalizzare per quelli che riteneva più dotati, l'ambito accesso autonomo alla camera operatoria ed alla progressione di carriera.

Si andava così delineando la figura del Barone di taglio quasi feudale, ma anche una macchina formativa dalla rigida disciplina, che al di là dei possibili e probabili servilismi a salire, e del nepotismo o degli errori di valutazione a scendere, riusciva a forgiare personalità chirurgiche spesso pregevoli e dalle molte sfaccettature qualitative. È lungo l'elenco delle personalità chirurgiche di valore emerse da questi cenacoli e da queste fucine.

Concorsi, cooptazione, libera docenza, attività pratica sul campo, appartenenza di Scuola. Così si diventava chirurghi in ambito ospedaliero ed in quello universitario.

A partire dagli anni '50, nel periodo post-bellico, con l'influsso culturale dell'America, è cominciata per la chirurgia, non solo italiana, una vera e propria rivoluzione, iniziata peraltro



La Scuola di Chirurgia della Clinica Chirurgica dell'Università di Roma. Al centro Francesco Durante e alla sua destra il suo successore Roberto Alessandri. Sono riconoscibili tra gli altri allievi Pietro Valdoni e Paride Stefanini.

in modo quasi subdolo. Mi riferisco all'introduzione del titolo di Specialista in Chirurgia, ben presto frazionato in tante suddivisioni come Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Urologia, Ortopedia, ecc.

La definizione di Specialista veniva a delineare inevitabilmente un ambito di competenze ben circoscritto e col tempo sempre più limitato, con successiva moltiplicazione delle Scuole di Specializzazioni mirate a specifici aspetti della chirurgia, suscitando nei più vecchi commenti e prognosi spesso sfavorevoli. Emblematica è l'affermazione critica attribuita ad Achille Mario Dogliotti, chirurgo generale nell'accezione più ampia del termine e Clinico Chirurgo di Torino, iniziatore insieme a Pietro Valdoni della chirurgia toracica e cardiaca: *"con le specialità si arriverà a conoscere sempre di più su un campo sempre più ristretto, fino a sapere tutto di nulla"*.

Ma la strada era tracciata, giustificata dalla crescente sofisticazione delle tecniche diagnostiche e della strumentazione operatoria che rendeva obiettivamente sempre più difficile e gravoso riuscire a padroneggiare l'intero campo di azione della chirurgia con pari competenza.

I vecchi primari, aiuti ed assistenti non erano specialisti, al massimo avevano conseguito una o più libere docenze, una sorta di aggregazione all'ambito universitario, con l'impegno dell'insegnamento per corsi paralleli a quello ufficiale universitario per averne la conferma, con ovvio continuo lavoro di aggiornamento, e la possibilità di far parte delle commissioni di esame universitario nell'ambito della cattedra di conseguimento della libera docenza.

I vecchi "baroni" della chirurgia come Dogliotti, Valdoni, Oselladore, Malan, Battezzati, Basile, Li Voti, Ruggeri, Paolucci, non erano specialisti in chirurgia perché le scuole di specializzazione semplicemente non esistevano. E come loro non lo erano fior fiore di primari ospedalieri degli Ospedali Riuniti di Roma, come Bastianelli, Puccinelli, Antonucci, Matronola, Chiasserini, Urbani, Santoro, Picardi per citarne solo alcuni. Fino ad allora la strumentazione diagnostica a disposizione dei chirurghi era solo quella radiologica per immagini dirette e stratigrafiche, oltre quelle contrastografiche dell'apparato digerente, delle vie biliari, dell'apparato urinario, ed ancora non entravano in campo le angiografie. Dunque contava principalmente la cultura clinica e la destrezza chirurgica, oltre che la capacità di innovazione.

Non c'è dubbio che l'introduzione delle Scuole di specialità hanno introdotto una importante chiave di progresso conoscitivo e tecnico nel singolo ambito, stimolate anche dal promovere sempre più incalzante di nuove strumentazioni diagnostiche nella seconda metà del XX secolo, che hanno creato tutta una serie di servizi dedicati, e dai progressi della anestesia e dei reparti di rianimazione. La sistematizzazione dei vari aspetti della chirurgia, al di là del puro ambito dell'esperienza pratica, ha accresciuto l'approfondimento della cultura, con indubbi vantaggi nell'ambito della terapia chirurgica. È opportuno ricordare a titolo di esempio paradigmatico come fino agli anni '50 l'anestesia sui pazienti veniva praticata da medici-chirurghi in maniera molto elementare, addirittura con la maschera ad etere di Ombredanne, e che solo per iniziati-

va di Valdoni e del suo anestesista Mazzoni a Roma, insieme a Dogliotti a Torino, si definì l'esigenza di fondare la Scuola di Specializzazione in Anestesiologia, riservando per legge ai soli specialisti anestesisti la relativa pratica professionale.

Ma col tempo di sono andati delineando anche quelli che possono essere definiti come i guasti di cui noi oggi siamo spettatori

La suddivisione degli interessi della chirurgia in numerose branche "figlie", giustificata da un certo punto di vista dalla sofisticazione delle conoscenze e delle strumentazioni diagnostiche ed operative, ha promosso grandi progressi in ogni singola branca, con il risultato però di costruire nel migliore dei casi dei superspecialisti che, quand'anche divenuti concretamente esperti ed operativi nel settore, non hanno avuto modo di abbracciare con l'esperienza da loro acquisita, tutto il campo della chirurgia generale che può rendersi necessario conoscere e padroneggiare operando pragmaticamente in ambienti chirurgici ospedalieri periferici, ove è necessario saper fronteggiare ogni esigenza locale, specie nelle emergenze, e in mancanza passare la mano col trasferimento di pazienti cui non si sia in grado di provvedere. E può succedere che dei superspecialisti siano costretti ad esercitare in un campo più vasto, non necessariamente meno approfondito ed infido.

Ricordo un episodio riferitomi da un ufficiale dell'esercito, mio paziente durante la mia esperienza in posizione apicale presso la Divisione di Chirurgia Generale convenzionata con l'Università "La Sapienza" di Roma presso l'Ospedale Militare Principale di Roma. Egli mi raccontò di un colonnello dell'esercito, superesperto a livello nazionale ed internazionale di ottica e di lenti ottiche, che per poter accedere al grado di generale doveva prima assumere obbligatoriamente il comando di un reparto. E così venne designato Colonnello Comandante di una polveriera!

Qual è allora il risultato più prevedibile della formazione di superspecialisti in branche chirurgiche? Questi specializzati non sono certo invogliati ad assumere responsabilità generali in presidi ospedalieri periferici, privi di un adeguato numero di pazienti su cui espletare la loro super-specializzazione e con limitata sofisticazione delle attrezzature diagnostiche, ma anche esposti a dover esercitare una chirurgia generale più ampia e forse meno approfondita, per cui però potrebbero non sentirsi adeguatamente preparati. Sotto utilizzati da un certo punto di vista ed esposti a difficoltà imprevedibili dall'altro.

Gli stessi reparti di chirurgia generale finiscono oggi per essere orientati preferibilmente verso l'uno o l'altro aspetto della chirurgia, e nel migliore dei casi aggregare gruppi singolarmente dedicati all'uno o all'altro settore superspecialistico. È comprensibile allora se le nuove leve preferiscono restare nell'ambito della struttura centrale della loro formazione, o in altre analoghe, venendo a costituire un gruppo talvolta ipertrofico e potenzialmente sotto-occupato di super-specialisti, frustrato nelle aspirazioni di carriera e con tensione emotiva sproporzionata alla ricerca di uno spazio operativo da contendere

ad altri, e non sempre basandosi solo sui mezzi culturali e professionali personali, che per lo più sono analoghi ed equivalenti a quelli degli antagonisti e concorrenti.

Bisogna allora chiedersi se sia possibile ancora oggi formare dei chirurghi “generalisti”, che non siano chirurghi “generici”. È possibile fornire loro occasione di una adeguata esperienza per saper affrontare con competenza e dignità l’ampio campo pratico della chirurgia generale? O dobbiamo accettare che in “periferia” operi una sorta di sottoproletariato di chirurghi che, in mancanza di specialisti di branche collaterali sul posto, siano poi costretti a fare da smistatori di malati verso presidi di più alto livello, o di esporsi a fronteggiare occasionalmente situazioni chirurgiche sia pur note ma senza una diretta esperienza consolidata? E d’altra parte esempio tipico delle esigenze chirurgiche delle unità operative in “periferia” è la chirurgia dell’emergenza e del trauma. Qui il chirurgo deve essere esperto, tempestivo ed organizzato. Non c’è tempo per smistamenti.

Ecco allora un tema su cui ragionare: qual è il tipo o quali sono i tipi di chirurgo che devono essere formati nelle scuole di chirurgia.

Dobbiamo accettare una parcellizzazione degli interessi e che, dopo il distacco dell’urologia, dell’ortopedia, della ginecologia chirurgica, della chirurgia vascolare e della chirurgia pediatrica, la chirurgia generale debba continuare a smembrarsi in chirurgia dell’apparato digerente, chirurgia del fegato e delle vie biliari, chirurgia del pancreas, chirurgia dell’esofago, chirurgia delle ghiandole endocrine, chirurgia della mammella, chirurgia flebologica, chirurgia della parete addominale, con l’ulteriore suddivisione in chirurgia aperta e chirurgia laparoscopica, oppure dobbiamo strutturare le scuole di specializzazione in chirurgia generale secondo uno dei due seguenti modelli di finalità:

- chirurgo che sia in grado di fronteggiare con competenza gran parte dei problemi che si presentano in una sede che non dispone di una molteplicità di competenze superspecialistiche;
- chirurgo superspecialista che padroneggi con elevata competenza un singolo settore superattrezzato e da cui non si potrà mai allontanare con sicurezza.

Nel primo caso risulta evidente come la struttura di questa scuola deve essere tale da far cogliere, al di là delle nozioni culturali, le esperienze più varie, concrete ed approfondite nei diversi aspetti di una chirurgia generale pragmatica. È ovvio che in questo caso è solo con il metodo della rotazione per periodi quanto meno semestrali in vari reparti o settori superspecialistici che si possa far acquisire allo specializzando quelle competenze culturali ed operative per cui si sente impegnato.

Allora non è più valida l’idea di uno specializzando ancorato ad un singolo reparto universitario, dove con l’ammorbidente ed anestetizzante misero compenso di una borsa di studio egli viene ad essere immesso in un’area di parcheggio, impegnato a svolgere un’opera di osservatore e partecipe dell’attività clinica, ma sul piano della strategia e delle tecniche chirurgiche sostanzialmente attività di manovalanza “tutorializzata” cui ogni tanto si concede come contentino un qualche impegno autonomo in camera operatoria, con l’illusione che per que-

sto egli sia poi in grado di aver acquisito al momento di conseguire il diploma una sua piena autonomia operativa.

La rotazione deve naturalmente essere effettiva e responsabile sia da parte dei discenti che dei docenti, ed al termine di ogni semestre lo specializzando deve poter affrontare i problemi e gli interventi base della singola specialità, e questa sua capacità va dimostrata non con esami orali ma con operatività sul malato. È in grado una Scuola di specializzazione di una sede universitaria che non abbia una molteplicità di superspecializzazioni ma soprattutto una grande areale di pazienti, di formare questo tipo di specialisti? Se il numero di pazienti che accede a quella struttura non è adeguato, come si fa a destinare una adeguata quota di pazienti all’addestramento pratico degli specializzandi? Cosa faranno i chirurghi in organico se una quota di già scarsi pazienti dovranno essere destinati all’addestramento degli specializzandi, sottraendoli alle loro cure dirette? Si farà allora finta di autonomizzare gli specializzandi, utilizzandoli sempre come semplice supporto all’attività chirurgica del corpo in organico, supplendo poi con certificazioni di comodo al diploma finale?

Non sarebbe meglio chiudere le piccole scuole di specializzazione, oppure allargarne l’areale di competenza consorziando con esse una catena di strutture ospedaliere periferiche, attentamente certificate per attività e competenza dei relativi organici. Su precisi programmi didattici si potrebbero utilizzare le sedi consorziate con un preciso sistema di rotazione per l’addestramento di singoli specializzandi, richiedendo a queste sedi requisiti minimi cui corrispondere – quali il livello culturale, tecnico e le capacità didattiche e dei docenti-tutor della sede – per poter confermare e conservare, a giudizio dei responsabili accademici e dei consigli direttivi della scuola il ruolo e la dignità di “sede associata di Scuola di Specializzazione”?

Tali consorzi non devono necessariamente essere confinati nell’ambito del territorio nazionale dimenticando le opportunità offerte dall’appartenenza all’Unione Europea, grazie anche al fatto che si richiede obbligatoriamente ai nostri specializzandi la conoscenza della lingua inglese. Questa conoscenza deve essere tale da poter far circolare professionalmente in Europa gli specializzandi, forniti di borse di studio sostanziose, che acquistano il significato di un credito fiduciario di formazione.

Ed allora l’areale può essere molto più vasto, si può prevedere il collegamento tra diverse sedi e strutture universitarie, che stringendo i reciproci rapporti valgano a far crescere in modo organico una cultura chirurgica comune.

Bibliografia

- 1) *The crisis of general Surgery* (editorial) Scand J Surg, 2003; 92:111.
- 2) Marshall JG. Karimuddin AA: *Decline in popularity of general surgery as a career choice in North America: Review of post-graduate residency training selection in Canada, 1996-2001*. World J Surg, 2003; 27:249-52.