

Riflessioni sul come e perché la chirurgia del XXI secolo è cambiata e, con essa, il concetto di Scuola chirurgica.



Ann. Ital. Chir., 2023 94, 4: 329-331
pii: S0003469X2303957X

Davide D'Amico

Professore Emerito di Chirurgia della Università di Padova

Scopo di questa trattazione è quello di fare una disamina conoscitiva dei personaggi, dei fatti e dei tempi in cui la chirurgia di questo ultimo secolo si è sviluppata ed ha acquisito la dignità di essere considerata "scienza" fino a raggiungere quella bellezza esecutiva che si riscontra solo nell'arte. Maestri del bisturi dunque e del sapere, non più praticanti come erano nei secoli dell'alto Medioevo.

Infatti la tecnica e la tecnologia Chirurgica di oggi con le loro grandi conquiste hanno improntato, o meglio rivoluzionato, tutta la storia di questa disciplina entrando alla metà del XX secolo come ausilio del chirurgo e ed oggi diventate protagoniste assolute della Chirurgia stessa. Ed i Chirurghi? Da grandi interpreti "solisti" sono diventati "dipendenti" dalle tecnologie sempre più imperanti e co-gestori della disciplina nella sua complessità.

Analisi storica

Il secolo XIX (1800-1900), è stato ritenuto bene a ragione "il secolo d'oro" delle ricerche, delle acquisizioni e delle innovazioni in tutti i campi della scienza e nel campo delle scienze biomediche in particolare! Il XIX secolo infatti ha lasciato al XX (1900-2000) uno straordinario patrimonio non tecnologico ma di sapere da sviluppare e da applicare nel campo della chirurgia: ci riferiamo alla asepsi ed antisepsi, alla anestesia ed analgesia, ai gruppi sanguigni e quindi alle emotrasfusioni (gli antibiotici verranno molto più tardi, nel 1946, con la scoperta della penicillina), alle conoscenze immunologiche. Dopo i molti "secoli bui" dell'alto medioevo questo clima conoscitivo davvero straordinario ha cominciato a delineare una crescita sempre maggiore della disciplina chirurgica e dei chirurghi! L'apoteosi però si è avuta nel secolo successivo, quando le Scuole Chirurgiche hanno subito un processo di differenziazione strutturale con lo sviluppo delle branche specialistiche sempre più indipendenti dalla chirurgia generale e con contenuti dottrinari sempre più approfonditi, pur nel rispetto della chirurgia, madre di tutte le specialità.

Verso la fine del XX secolo però assistiamo ad uno sviluppo tecnologico davvero sorprendente, sviluppo che ha prevalso sui chirurghi rendendoli non più interpreti ma esecutori di un programma terapeutico affidato al supporto tecnologico.

Di questo clima sempre più esasperato ne hanno risentito positivamente i chirurghi, grandi fruitori di questa nuova modalità di fare una chirurgia le cui modalità sono state sempre più diffuse, sempre più permissive oscurando quei concetti di Scuola, e di Maestro che sono stati fino ad allora i soli riferimenti del modo di fare chirurgia e di trasmetterla agli Allievi.

I primi scossoni destabilizzanti, invero, si sono avuti proprio quando il sapere tecnologico è stato globalizzante, i confronti si sono avuti in tempo reale, rendendo così superati certi principi che fino ad alcuni decenni prima erano dei dogmi e patrimonio esclusivo – almeno in Italia – del Maestro.

Peraltro, c'è anche da dire che essere figli di un'epoca significa operare ed essere misurato in quel contesto storico-conoscitivo, in cui ognuno di noi si è espresso.

Al riguardo infatti le grandi personalità chirurgiche italiane e straniere erano numericamente molto poche e costituivano il nostro punto di riferimento fino alla fine del secolo appena concluso; oggi hanno perso la loro "mitizzazione" e sono stati collocati – rispettosamente - nell'arco temporale di vita accademica o primaria che Loro hanno vissuto. Sono stati tutti dei "grandi"? Non spetta a me esprimere un giudizio critico che è la som-

Pervenuto in Redazione Marzo 2023. Accettato per la pubblicazione Luglio 2023

Correspondence to: Prof. Davide D'Amico, Via Vescovado 83, 35100 Padova (davide.damico@unipd.it)

ma di tanti fattori propri di un Maestro: personalità, sapere, saper fare, intuizione, carisma verso chi sta intorno, primi fra tutti gli Allievi. Il sapere tecnologico si è allargato ovunque nel mondo, risentendo del benessere economico di ogni Nazione e comportando la crescita esponenziale dei punti di riferimento chirurgico nazionali ed internazionali allargando così di molto la piattaforma formativa. Questa pianificazione del modo di fare certa chirurgia, la brevità della degenza, la bontà dei risultati sono stati tutti fattori che hanno comportato una metamorfosi comportamentale nei malati che da rispettosi fruitori del lavoro chirurgico sono diventati quanto mai esigenti e, qualche volta, anche contestatori attraverso vertenze legali.

Tempo fa l'appartenenza ad una buona Scuola Chirurgica, era considerata una grande credenziale che oggi però è scaduta perché è stato superato il concetto stesso di Scuola o – se vogliamo – molto allargato.

I nostri Maestri di Chirurgia hanno inculcato negli Allievi alcuni principi di tecnica che facevano parte del loro sapere, che avevano ricevuto dal loro Maestro, rielaborato, e consegnato a Chi veniva dopo. Per questa ragione in quasi tutto il XX secolo abbiamo vissuto una chirurgia “statica”, rispettosa di quanto appreso dal Maestro, ma poco innovativa sul piano personale.

Oggi però questa “eredità” di sapere è *storia* perché l'apprendimento del modo di far chirurgia e del nostro sapere sono spesso frutto della nostra peregrinazione e delle nostre acquisizioni in Italia o all'estero e quasi sempre al di fuori del Gruppo di appartenenza, che era la base della Scuola. Oggi infatti l'appartenenza stessa in molti casi è superata potendo un chirurgo essere Allievo di più Maestri.

L'avvento innovativo dei mezzi di sutura, delle protesi, dei collanti, dei dissectori ad argon, delle pinze bipolari, della laparoscopia e del robot, ma, ancor prima dei mezzi di indagine morfologica e funzionale e delle alternative endoscopiche o radiologiche alla chirurgia, hanno messo fuori gioco non solo una parte della Chirurgia tradizionale ma anche il suo modo di farla; è stato così pianificato il lavoro del Chirurgo togliendo quel gap che era rappresentato dalla interpretazione personale, dalla esecuzione più o meno agile e corretta, e, soprattutto, da quell'*animus operandi* che era tanto più richiesto quanto più povero era il supporto tecnologico.

Per tutto l'exkursus formativo ci è stato insegnato che la prima regola chirurgica è quella di veder bene sul campo operatorio, tant'è che nella preghiera del Chirurgo c'è scritto: “*Dio fa' che veda bene e nel modo più chiaro possibile*”. Al riguardo voglio riportare un fatto che avvalorava quanto testé detto: nelle liste operatorie che il Prof. Vittorio Pettinari (Direttore della Clinica Chirurgica a Padova dal 1959 al 1965) stilava personalmente, c'era una voce con scritto: “*Addetto alle luci*” ed a fianco il nome di un Assistente anziano o di un Aiuto.

Oggi tutto questo fa “parte del passato!” Infatti ognuno ha la sua visione frontale o disponibile sulla punta del-

l'ottica inserita in cavità.

L' “Open Surgery”, (addominale o toracica), fino agli anni '80 del secolo scorso, era lo *stato dell'arte* sul quale si fondava tutta la chirurgia, dall'appendicectomia alla resezione del retto, dalla resezione gastrica a quella del pancreas o del fegato. Ma, alla fine del XX secolo questo muro è stato abbattuto, nonostante la riottosità di taluni, la netta avversità di altri (sempre meno numerosi!) e la perplessità degli oncologi ben presto superata dalle ricerche avviate in tutto in Mondo su casistiche numerose che hanno dimostrato con dei trials controllati che le due modalità di approccio e di esecuzione sono del tutto comparabili quanto a linfadenectomia, incidenza di recidiva e sopravvivenza.

L'ultimo ostacolo è stato quello della chirurgia parenchimale maggiore e, in particolare, di quella epatica con le grandi resezioni allargate al diaframma, allo stomaco, al pancreas; oggi queste demolizioni ed una parte dei trapianti (vedi rene o split epatici) vengono eseguite routinariamente in laparoscopia o in chirurgia robotica in Centri di Chirurgia avanzata.

Non deve dunque sorprendere se la chirurgia video-assistita, avviata timidamente intorno agli anni '80, a fine secolo abbia raggiunto la sua totale applicabilità in termini di fattibilità e sicurezza.

Ovviamente rimane sempre aperta la porta della riconversione in chirurgia aperta, laddove complicanze intraoperatorie o difficoltà procedurali ne richiedano il ricorso. Questa, in sintesi, è la grande conquista del nuovo modo di far la chirurgia avviata nell'ultimo periodo del XX secolo ed oggi praticata su larga scala grazie ad una tecnologia sempre più avanzata e permissiva che ha confinato al passato ogni approccio aperto ma – come si diceva prima – non derubricandolo del tutto.

Anche l'Urgenza attraverso la laparoscopia, ha snellito tutta la fase diagnostica assimilandola spesso a quella terapeutica.

E così la bravura tecnica, espressa prima attraverso l'abilità delle mani del chirurgo, le stesse oggi sono sostituite da quelle più ferme, più precise e più mobili del robot.

La generazione di mezzo purtroppo si è trovata nella incapacità di guidare questo rinnovamento epocale, abituata com'era ad usare la mano naturale per tutte le necessità di cui aveva bisogno (tattile, termica, compressiva). Per questo la fine del secolo 20° ha fondato un *nuovo concetto di Scuola* basato su tutta una serie di “ammodernamenti” personali che vanno dal nuovo sapere al saper usufruire di questa imponente tecnologia che il mondo della scienza oggi ci offre. Ma c'è di più: questo nuovo sapere è a portata di tutti e tutti possono essere allenati su cadaveri o su esemplari didattici che non mancano mai negli “stand” espositivi di ogni grande convegno chirurgico. Nella Chirurgia tradizionale, i tempi di apprendimento erano più lunghi e la manualità si apprendeva nella sale settorie o *guardando!*

Il secolo XXI si è aperto dunque all'insegna della tecnologia più avanzata, (il secolo dell'apoteosi tecnologica) come il secolo XX ha rappresentato l'apoteosi dei Chirurghi, della Chirurgia e delle Scuole Chirurgiche.

L'arte chirurgica si è così portata a fine secolo a standard formativi mai raggiunti e, certamente non immaginabili ai primi del '900. Però, lungo questo cammino il chirurgo ha perso via via qualcosa: *la sua vera essenza carismatica!* Le cause sono state molteplici: la sovrapposizione di fattori esterni quali la ingerenza della politica, le vertenze colpevoliste cui i chirurghi sono stati sottoposti ed i carichi di lavoro burocratico; tutto ciò ha generato insoddisfazione professionale, attuazione di una chirurgia difensiva e caduta della vocazione chirurgica nei più giovani, sempre più privi di un futuro professionale meritorio e meglio remunerato !

E così oggi assistiamo al paradosso di avere una chirurgia, più snella, più sicura e meno invasiva ma meno attrattiva ed una popolazione di chirurghi sempre più imbrigliata in pastorie burocratiche, non più valorizzati come professionalità, e con una prospettiva di carriera incerta e non rispettosa della più elementare meritocrazia.

I concorsi ospedalieri non li fanno più i Chirurghi, ma le Aziende Ospedaliere che decidono chi prendere e chi lasciare avendo come metodo valutativo criteri non di stretta pertinenza professionale. Allora c'è da chiedersi: a chi va fatto il processo di questa mortificante decadenza?

Non certo alla Chirurgia ed ai suoi cultori ma ad un sistema sanitario oramai obsoleto e ad una classe dirigenziale che decide e dispone senza avere la cultura per farlo.

È finito inoltre quel sistema formativo e decisionale che da piramidale è diventato orizzontale; da meritocratico è diventato burocratico! Finita la centralità del Chirurgo essendo diventato questo non più un dirigente ma un dipendente nel senso non dispregiativo ma povero del termine.

Le Scuole, purtroppo, non hanno colto quei cambiamenti che consistevano nella salvaguardia di quell'edificio chirurgico le cui fondamenta risentivano già della vetustà del tempo, e di quei privilegi non più consoni alle esigenze dei tempi nuovi.

L'Accademia Chirurgica è sempre più affollata, e non in grado di fronteggiare le ingerenze politiche che deve subire. In questo clima è difficile formare una classe chirurgica, accademica e ospedaliera, in grado di svolgere appieno le sue mansioni e, possibilmente, con entusiasmo. Così si è svuotato il vero concetto di Scuola e, con esso, quello di Maestro che si è svilito non essendo costui più in grado di provvedere al percorso di formazione prima e di allocazione dopo dei propri Allievi che, smarriti, migrano verso altre sedi estere, avviando così quella cosiddetta "cultura di ritorno", legata al rientro di quei professionisti già formati altrove.

Ed allora vien da chiedersi: è finita la Chirurgia ? Assolutamente no ! Infatti mai come in questo momen-

to essa gode di ottima salute ma sono cambiati i contenuti ed i contenenti.

È vero che il chirurgo allontana sempre più le sue mani dal corpo del paziente ma è altrettanto vero che è la sua mente ed il suo sapere a guidare anche le mani meccaniche.

E finché le cose saranno così la chirurgia non potrà morire! E se mancheranno i chirurghi subentreranno i tecnici chirurghi che, sulla base di programmi terapeutici computerizzati eseguiranno l'intervento.

È finito così il tempo del chirurgo, *unico sacerdote del tempio*.

La chirurgia resta un'arte nobile e nobilizzante ma i suoi cultori non hanno più addosso *paramenti sacri*.

Come possiamo dunque archiviare il XX secolo già concluso?

Dal punto di vista chirurgico il 2000 ha ereditato una disciplina fornita di un grande potenziale di crescita, una chirurgia che si è tolta i retaggi dell'artigianalità del passato ormai remoto ed ha intrapreso il suo cammino verso quella che era la sua naturale meta: *diventare scienza chirurgica*. E con questa nuova veste si affianca alla grande medicina ed inizia quel percorso unitario di *scienza medico-chirurgica*, rispettosa l'una dell'altra ma al contempo entrambe reciproche fruitrici.

Dalla scienza ad arte il passo è stato breve. A renderla arte hanno contribuito gli attori veri di questa disciplina, i chirurghi con la loro dottrina, con la loro vivacità interpretativa, con quei sapienti virtuosismi tecnici che permettono di esplorare con eleganza tutto il comparto endoaddominale o endotoracico, modifica lo "status patologico" e dove consegnando un risultato che ha in sé tutti i connotati della creatività tecnica, della leggiadria interpretativa e della ricostruzione anatomica; manca quella piacevolezza di chi guardava l'intervento, la gioia e la commozione di chi l'aveva praticato, ma resta il benessere degli ammalati che recuperano presto la loro normalità fisica ed il loro benessere, spesso purtroppo, senza gratitudine per coloro che si sono presi cura della loro salute.

La *Scuola Chirurgica*, ben lontana da quella voluta da Platone nel 500 a.C. o da quelle molto più recenti e ben frequentate di Billroth, di Kocher, di Pean o di Halsted, di Uffreduzzi, di Paolucci o di Durante (solo per citarne alcuni del passato remoto), hanno perso il loro fascino originario ma si sente il bisogno che esse continuino come custodi di un sapere che è lo specchio del tempo in cui hanno vissuto.

La nuova modalità di fare chirurgia, laparoscopia o robotica che sia, riproduce dunque le stesse modalità di fattibilità e, in mani esperte, anche di creatività richieste dalla grande chirurgia ma con una performance chirurgica completamente diversa per mentalità e svolgimento dell'atto chirurgico. È un bene od un male rispetto alla chirurgia tradizionale?

Né l'uno né l'altro! Questa è la nuova chirurgia.