- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.81 Wed, 09 Sep 2026, 03:03:39

Corrispondenza

Quando il chirurgo è ... di scena

Quella del cardiochirurgo è una professione molto speciale che esige impegno e dedizione assoluti. In cambio offre privilegi molto ambiti: l'appartenenza ad una comunità scientifica di élite, una considerazione sociale molto elevata, ispirata all'ammirazione e al rispetto, la gratitudine smisurata da parte di tante persone beneficate. Ma quella del cardiochirurgo è soprattutto una straordinaria esperienza umana, scandita da un'alternanza imperscrutabile di successi esaltanti e di delusioni amarissime.

Indubbiamente il chirurgo vive il momento più alto e carismatico della sua esperienza professionale quando, varcata la soglia della camera operatoria, egli assume su di sé – per riconoscimento socio-culturale e con il consenso del paziente – l'estremo privilegio di entrare all'interno del corpo di un suo simile e di procedere, a suo giudizio, lungo l'indecifrabile confine che separa la vita dalla morte. Il blocco operatorio è una sorta di rifugio, dove le preoccupazioni del mondo esterno non hanno accesso. Il chirurgo vi si muove da assoluto protagonista: i suoi movimenti sono osservati e prevenuti; i suoi gesti operatori sono costantemente centrati e seguiti da un occhio luminoso; esercita un'autorità che non ammette discussioni nel coordinare l'attività di molte persone il cui unico compito è quello di rendere più agevole e sicura la sua "performance". L'ambiente è totalmente condizionato dalla personalità del chirurgo, dal suo temperamento e dalle sue tensioni del momento.

Sul modo più alto di sentire e di interpretare il ruolo del cardiochirurgo, una testimonianza esemplare è quella lasciata da Jean-Paul Cachera[1]. Molto significative anche le parole di un altro grande della chirurgia cardiaca, Lawrence I. Bonchek[2], che al momento di lasciare l'attività, così si interrogava: *"Is there life after the operating room?"*.

Questa non breve premessa, che richiama regole e comportamenti che nessun chirurgo può ignorare o trascurare, mi è sembrata ben appropriata per introdurre alcune riflessioni personali in merito a certe tendenze che si vanno diffondendo nella pratica cardiochirurgica moderna. Consideriamo innanzi tutto la "surgery as spectacle", questione recentemente riproposta su Internet[3]. Posso, per personale esperienza, testimoniare che, profondamente radicata nel DNA di ogni chirurgo, c'è una mala pianta: l'ambizione di primeggiare, di essere protagonista, di sentirsi al centro dell'ammirazione dei colleghi. Forse si tratta solamente di un caso, ma è curioso il fatto che in inglese per indicare la camera operatoria venga utilizzato il termine "theatre", che evoca (anche nella nostra lingua) scenari di esibizioni-spettacolo con attori-protagonisti da una parte e spettatori dall'altra. Nell'ultimo decennio, grazie al perfezionamento e alla diffusione dei sistemi per la trasmissione a distanza delle immagini, il chirurgo ha trovato nella cosiddetta "live surgery" il mezzo più congeniale per appagare la propria voglia di protagonismo. Sappiamo tutti di cosa si tratta: una procedura operatoria ripresa con una videocamera viene trasmessa in diretta in un'aula più o meno lontana (sono possibili anche collegamenti transoceanici), affollata di chirurghi (la cosiddetta "audience") venuti ad ammirare l'arte del "maestro" di turno. L'evento si svolge in modo interattivo: l'operatore descrive e commenta la procedura che sta eseguendo, frequentemente sollecitato (ed anche interrotto) dall'audience con osservazioni e domande. C'è anche un moderatore, il quale ha il compito di coordinare le fasi operatorie con le aspettative dell'audience.

Ai puristi della chirurgia (per intenderci, a quanti si riconoscono nei principi e nelle regole del Cachera) non può di certo sfuggire che la messa in scena della "live surgery" esige inevitabilmente la trasgressione di codici di comportamento basilari della pratica chirurgica. Tradizionalmente invalicabili (per ragioni di antisepsi), i confini del blocco operatorio vengono idealmente abbattuti per lasciar passare appa-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.81 Wed, 09 Sep 2026, 03:03:39

recchiature (camera, microfoni, luci) ed addetti. Intralci di vario genere vengono a turbare la rigorosa organizzazione del lavoro, che è garanzia di sicurezza per il paziente e di tranquillità per il chirurgo, nell'eventualità di emergenze o di imprevisti. Ma soprattutto tra cine-riprese, presenze estranee, domande e commenti dall'audience, qualcosa che non funziona a dovere (succede quasi sempre), ecc., cosa ne è della concentrazione del chirurgo e del massimo livello di attenzione assolutamente necessario nelle fasi operatorie più critiche o in caso di imprevisti? Non è abbastanza? Allora si consideri anche l'abnorme pressione psicologica che il chirurgo non può non avvertire, sia per il numero inusuale di osservatori sia per l'impegno assunto di dimostrare una determinata tecnica. Né può passare senza riserve che il chirurgo, subito dopo aver ultimato la procedura, abbandoni la camera operatoria per andare a raccogliere dall'audience i meritati riconoscimenti.

A questo punto credo sia doveroso porsi una domanda: siamo del tutto certi che il paziente, informato a dovere di essere stato prescelto per una dimostrazione "live surgery", nulla avrebbe da eccepire? Se chiamati a testimoniare, molti di noi potrebbero raccontare di "live surgery" con complicanze operatorie ad esito catastrofico o di riparazioni valvolari funzionalmente inaccettabili, frettolosamente "vendute" come risultati eccellenti[3].

Vi sono altri comportamenti disinvolti che rischiano di snaturare la dignità della professione: l'iperattivismo di quei chirurghi che in una giornata affrontano 4-5 interventi, facendo la spola fra una camera operatoria e l'altra; la vocazione itinerante di altri che, su invito, vanno ad esibirsi in "casa" altrui. Si tratta di prodezze (negative) che nascondono quasi sempre voglie di protagonismo inconfessate e "vuoti" mortificanti di professionalità: approssimativa conoscenza del caso clinico, esecuzione di procedure su indicazioni poste da altri, superficialità nella considerazione dei disagi da ambiente chirurgico "estraneo", del quale non si conoscono usi, modi e interlocutori (anestesista, perfusionista, strumentista). Su quanto poco rispetto vi sia in tutto questo per la dignità dell'individuo che si è affidato al "suo" chirurgo non è necessario dire di più. Solo una raccomandazione: mai dimenticare che la nostra è una professione medica ed è da medici che saremo giudicati dai nostri pazienti *"more on how well we care than how well we cure"*[4].

Soprattutto in ambito chirurgico, alla didattica per immagini vanno riconosciute grandissime potenzialità. Per il futuro sono prevedibili ulteriori sviluppi, nei cui confronti preclusioni immotivate non sono ammissibili. Ma allo stato attuale, mi sembra assolutamente convincente l'opinione di coloro i quali sostengono che le potenzialità didattiche della tecnologia video possano essere espresse al meglio da un cd precedentemente registrato, piuttosto che dalla "live surgery". *Suspense* della diretta a parte (ma su questo molto ci sarebbe da discutere), non è pensabile che le concitate immagini in diretta della "live surgery" possano eguagliare in qualità quelle di un video registrato nella calma abituale, in occasione di una procedura perfettamente riuscita, scelto fra tanti altri per la sua chiarezza dimostrativa, edito con tutta l'accuratezza necessaria (per esempio, arricchendo la presentazione di commenti e disegni), magari con l'aggiunta di sequenze relative ad altri casi, al fine di dimostrare particolari variazioni della tecnica. Il tutto disponibile per un numero illimitato di interessati.

Sta avvenendo sotto i nostri occhi un'evoluzione dei comportamenti che deve essere sorvegliata attentamente. L'affiorare di tendenze verso la chirurgia-spettacolo è innegabile e non deve passare sotto silenzio. Bisogna essere molto attenti a non lasciarsi sopraffare dalla voglia di apparire: protagonismo e sensazionalismo sono incompatibili con la professionalità. Rimbalzata dalle cronache dei quotidiani, nei siti chirurgici della rete si parla già di "reality surgery"[3]. Sconfinando nella fantachirurgia, in un futuro non lontano, a qualcuno potrebbe venire l'idea di un centro medico attrezzatissimo, sperduto nei mari del sud, dove mettere sotto l'occhio di una telecamera una decina di top-chirurghi chiamati a confrontarsi su una serie di interventi molto complessi che, a sorte, vengono giornalmente assegnati all'uno o all'altro.

Per concludere queste riflessioni, senza la pretesa di dettare regole (ma, dopo più di 30 anni di "full immersion" cardiochirurgica, qualcosa sento pur di poter dire), rivolgendomi ai più giovani, desidero, come augurio, indirizzare – alla maniera di Kipling – queste parole: se hai un sogno, inseguilo! Ma non fare del sogno il tuo padrone e non dimenticare mai che, nei confronti di chi si affida alle tue mani, hai solamente dei doveri.

Pino Fundarò
S.C. di Cardiochirurgia
Dipartimento Cardiologico "A. De Gasperis"
Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

Bibliografia

1. Loisance D. Hommage au Professeur Jean-Paul Cachera. E-mémories de l'Academie Nationale de Chirurgie 2003; 2: 63-5.
2. Bonchek LI, Bonchek RM. Is there life after the operating room? Some thoughts and suggestions for retirement. http://www.ctsnet.org/sections/newsandviews/inmyopinion/articles/article-23.html
3. Cameron DE. Surgery as spectacle. http://www.ctsnet.org/sections/newsandviews/inmyopinion/articles/article-55.html
4. Barber Mueller C. The privilege of caring. http://www.ctsnet.org/sections/residents/newhorizons/article-8.html