

GIUSEPPE OLIVERI

con Giulia Maestrini

**LE MANI
E LA MENTE**

Il fare, il sapere e il sentire di un chirurgo

 EDIZIONI
HELICON

© Copyright
Stampato in Italia / Printed in Italy
Tutti i diritti riservati

Edizioni Helicon s.a.s.
Sede legale: Via Monte Cervino, 25 - 52100 Arezzo
Sede operativa: Via Roma, 172 - 52014 Poppi (Ar)
Tel. / Fax 0575 520496
www.edizionihelicon.it
edizionihelicon@gmail.com
L'Editore è a disposizione degli aventi diritto
per quanto di loro competenza.

INDICE

<i>Prefazione di Andrea Fagiolini</i>	7
<i>Introduzione</i>	13

LE MANI E LA MENTE

La chirurgia maggiore	17
Il microscopio	27
Come sono diventato chirurgo (1980-1984)	31
Cuneo (1984-1986).....	47
Come eravamo e come siamo diventati	59
Besta, ritorno a Milano (1986-1989)	67
Novara (1989-2000).....	71
<i>Le storie degli altri - Una stagione vissuta da pionieri</i>	77
I “miei” infermieri: come è cambiata una professione	85
Torino (2000-2003).....	95
Il miglior chirurgo è quello che sbaglia di meno. Ma anche lui sbaglia	121
Da Torino a Siena.....	125

<i>Le storie degli altri - La fine (evitabile)</i>	
<i>di una grande esperienza</i>	129
<i>Le storie degli altri - Ho portato un matto a Siena</i>	
<i>(che mi è piaciuto subito)</i>	140
<i>Siena (2003 - 2024).....</i>	147
<i>L'importanza di avere un pensiero</i>	
<i>indipendente.....</i>	165
<i>Le storie degli altri - Il semaforo.....</i>	172
<i>Le storie degli altri - Non è un lavoro,</i>	
<i>è una scelta di vita</i>	179
<i>Il Covid.....</i>	185
<i>Le storie degli altri - I tanti modi</i>	
<i>di vedere l'ospedale.....</i>	191
<i>Margherita</i>	211
<i>Il tempo</i>	217
<i>Le storie degli altri - Come un'esperienza</i>	
<i>cambia la vita</i>	223
<i>Epilogo.....</i>	241
<i>Postfazione di Fabio Mugnaini.....</i>	243
<i>Ringraziamenti.....</i>	257
<i>Nota sull'autore.....</i>	259

LE MANI E LA MENTE

La chirurgia maggiore

Molte e alcune ben conosciute sono le passioni che possono forgiare la vita di un uomo: una donna, il gioco, il potere. Innumerevoli di queste passioni sono state magistralmente esposte da scrittori, commediografi e registi sin dai tempi più remoti. Poco o nulla, invece, è stato scritto sulla chirurgia maggiore e su quanto possa essere altrettanto globalizzante. Quello che cercherò di raccontare è la mia esperienza: come si diventa chirurghi, come tale scelta abbia influenzato la mia vita, come avviene la trasmissione del sapere.

È ovvio che questo racconto debba necessariamente prendere spunto da una definizione di “chirurgia maggiore”. Ed è perlomeno strano come in una miriade di documenti - dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, al Ministero, fino agli assessorati regionali - tale termine sia menzionato senza mai riferirlo a uno specifico contenuto. Nel migliore di casi sono catalogati variabili elenchi di tipologie di interventi, in assenza di un comune denominatore.

Anche nella letteratura medica la definizione è del resto quanto mai vaga:

Major surgery often involves opening one of the major body cavities (abdomen, chest, and skull). Opening the abdomen is called laparotomy, opening the chest is called thoracotomy, and opening the skull is called craniotomy. Major surgery can stress vital organs. The surgery usually is done using general anesthesia in a hospital operating room by a team of doctors. A stay of at least one night usually is needed after major surgery, but some major surgical procedures are now being done safely in an outpatient setting, whether that is a hospital or a stand-alone ambulatory surgery center. Doctors consider many factors in determining whether a major surgical procedure can be done on an outpatient basis, including the person's overall health and risk of complications, the complexity of the surgery, and whether a hospital is nearby in case the person needs to be transferred.

Per quanto riguarda i nostri fini utilizzerò, quindi,

una diversa e quanto mai personale definizione:

La chirurgia maggiore è un insieme di gesti tecnici raffinati che consentono la realizzazione di strategie chirurgiche complesse, in pazienti gravati da alta incidenza di morbidità e mortalità.

Si tratta, quindi, di un lavoro artigianale ad alta complessità che necessita di conoscenze approfondite e lunga esperienza nel coordinare i movimenti e la scelta dell'approccio e che, per lo più, si avvale dell'ausilio di tecnologie avanzate.

Tale definizione consente di distinguere la chirurgia maggiore da quelli che, a mio parere, si possono classificare come gli altri due tipi di chirurgia. La prima è quella che potremmo definire come chirurgia *routinaria*: può comportare la cura di pazienti altrettanto gravi e a rischio e possono essere fondamentali la manualità e l'esperienza del chirurgo, ma l'approccio e il susseguirsi dei tempi chirurgici sono pressoché standardizzati. Un tipico esempio è quello della endoarteriectomia carotidea¹. La seconda è quella che possiamo indicare come *ad alta*

1 Si tratta di un intervento di chirurgia vascolare che ha l'obiettivo di liberare dalle ostruzioni le arterie carotidi.

complessità tecnica, ad esempio i grossi interventi di chirurgia estetica. Se il tuo naso è quello e non ti piace, devi sempre considerare che è in rapporto con la forma del viso, delle orbite, degli zigomi e così via. Si tratta quindi, quando fatta seriamente, di attuare una pianificazione e una strategia chirurgica complessa che necessita di grande esperienza e gesti tecnici raffinati, ma priva del *pathos* legato alla gravità del paziente e ai possibili rischi.

La neurochirurgia dell'encefalo, analogamente ad altre quali la chirurgia dei grossi vasi toracoaddominali, i grossi interventi ortopedici, la cardiocirurgia infantile e così via, rientrano invece in quella che abbiamo definito chirurgia maggiore.

È facile intuire come, per qualsiasi chirurgo, il primo lungo periodo della vita professionale sia quello dell'apprendimento che abbraccia tre componenti fondamentali: emotiva, di studio e di esperienza.

La componente emotiva è rappresentata, da un lato, dalla capacità di gestire i rapporti con il malato e il suo entourage familiare, dall'altro dalla capacità di gestire i rapporti con te stesso. Nella neurochirurgia è un aspetto centrale. Il paziente neurochirurgico, infatti, possiede una sua componente emozionale importante e peculiare. L'idea di non poter più essere sé stessi e perfino la possibilità di subire deficit invalidanti condizionano preoccupazioni diverse

da quelle di pressoché ogni altra chirurgia e, spesso, addirittura prevalenti sulla paura di soffrire o di morire. È fondamentale, quindi, nella formazione di un neurochirurgo imparare ad interloquire nel modo corretto con una persona a cui stai prospettando una malattia grave e un significativo rischio di morte o di deficit.

Altrettanto importante è, d'altronde, gestire il rapporto con te stesso. La capacità di astrazione e di concentrazione sul gesto tecnico, tanto da non permettere l'affiorare di alcuna emozione, sono elementi cui si deve necessariamente affiancare la sicurezza nei propri mezzi.

L'assieme di questi tre aspetti – concentrazione, assenza di emozione e sicurezza – porta a configurare la personalità del chirurgo così come viene superficialmente rappresentata negli stereotipi comuni: freddo, egoista, presuntuoso, tutte caratteristiche cui deve però necessariamente accompagnarsi l'empatia con il paziente.

Quella che sembra, ad occhi esterni, una personalità innata è, invece, una costruzione necessaria per affrontare le problematiche che la chirurgia maggiore ti pone davanti. Ne conseguono importanti riverberi anche nella vita privata che si accentuano man mano che aumentano le responsabilità. Le uniche cose importanti, a quel punto, sono la chirurgia e i

pazienti che si affidano a te e tendi a trascurare tutto il mondo degli affetti.

La seconda componente fondamentale della formazione di un chirurgo è lo studio: l'anatomia, la fisiologia, le patologie. È forse quella meno immediatamente gratificante e, in maniera del tutto ingiustificata, minimizzata. Troppo spesso, infatti, nei discorsi degli specializzandi si sente dire che l'apprendimento di una chirurgia avviene per *osmosi*, grazie alla frequentazione della sala operatoria. La corretta valutazione, invece, e la ottimale interpretazione di quanto vedi, non può prescindere da solide conoscenze teoriche.

Infine, c'è l'esperienza. La sala operatoria è il microcosmo depositario dell'arte chirurgica. Nei libri e in letteratura l'approccio chirurgico è ipostatizzato: si descrive un caso ideale e si espongono gli step successivi da attuare in logica sequenza. Nella realtà quasi mai è così. Pressoché ogni caso di chirurgia maggiore presenta, infatti, una sua specificità che obbliga a peculiari accorgimenti. Osservando con dedizione i movimenti del tuo maestro impari a riconoscerli, farli tuoi e utilizzarli al momento opportuno. In chirurgia nulla si improvvisa. Quei movimenti che tu hai osservato e interiorizzato sono il frutto di un continuo flusso di insegnamenti, passati per generazioni, da maestro a discepolo. Quel gesto viene fatto

così perché in migliaia di casi è stato sperimentato che è il più corretto e devi notarlo, crederci acriticamente e farlo tuo. Questo è quello che i miei maestri intendevano, affermando che *“chirurghi si diventa rubando il mestiere con gli occhi”* ed è diametralmente opposto alle convinzioni del giovane stolto: più fai e più impari. L'attività di sala operatoria, così come il rapporto con il paziente, presuppongono ovviamente, a differenza dello studio, l'interagire con gli altri. Solitaria, invece, è stata un'altra attività fondamentale nella mia formazione: la chirurgia sperimentale. In microneurochirurgia devi infatti imparare a controllare i movimenti delle mani, a massimo ingrandimento, in una dimensione assai differente da quella abituale. Inoltre, tali movimenti sono resi innaturali dalla non coincidenza al microscopio tra asse visivo, posizione delle mani e strumenti chirurgici. Quando ho iniziato, c'era a disposizione dei giovani lo stabulario, una stanza con un vecchio microscopio e il necessario per l'anestesia degli animali. Mi rendo conto come, ai nostri giorni, tale attività possa apparire deplorabile, ma allora questa sensibilità non c'era. E lunghi pomeriggi e serate intere passate a creare aneurismi sperimentali nel coniglio e a esercitarsi nella dissezione aorta-cava nel ratto, ti consentivano di acquisire padronanza nei movimenti fini di dita e mani.

Infine, operando una sintesi fra le varie esperienze, arriva la capacità di elaborare una strategia chirurgica, diversa per ogni paziente in considerazione dell'età, delle condizioni neurologiche, della sede e della probabile istologia della lesione. A quel punto, dopo aver messo insieme tutte queste componenti, la tua formazione può dirsi conclusa e ti senti pronto.

Il momento del distacco dal maestro è spesso una esperienza traumatica. Lui ti ha “creato” e ne sei in qualche modo una parte. Recidi il cordone ombelicale e, pur mantenendo intatto il legame, vai per la tua strada. I sentimenti sono contrastanti: lui da una parte ne è orgoglioso, dall'altra patisce la tua assenza; tu ti trovi improvvisamente ad essere “grande”, perdendo la simbiosi con chi ti ha modellato.

Come i miei maestri sono stati con me, altrettanto ho cercato di essere con i miei giovani, assicurando la trasmissione di quanto sapevo e cercando di assicurare una crescita armoniosa e non traumatica. Così si crea una “scuola”. Osservando loro che operano sono orgoglioso di dettagli che possono sembrare strani o perfino insensati: sentire chiamare il dissettore lanceolato “Zurigo”², o vedere stringere il nodo con

2 All'istituto Neurologico Besta di Milano, dove Oliveri si è formato, il dissettore lanceolato veniva chiamato “Zurigo” dai vecchi maestri che lo avevano visto per la prima volta proprio in Svizzera (NDR).

il pollice e non con l'indice, sono la manifestazione esteriore di una lunga trasmissione del sapere che si è tramandata attraverso tempi e persone diverse. O, forse, è solo che diventando vecchi si inciampa spesso e volentieri in astratti sentimentalismi.

Il microscopio

Una sera, poco prima di andare in pensione, finite le visite, mi accorgo di essere senza portafoglio e di averlo dimenticato in sala operatoria. Accade, in media, tre volte a settimana. Generalmente in queste occasioni chiamo uno specializzando che finge di essere da lieto a entusiasta di svolgere questa mansione (ma, in realtà, li senti discutere, *“ieri sono andato io, oggi tocca a te”*). Il vero problema è che il portafoglio si adatta perfettamente a qualsiasi pertugio della sala, io non ricordo mai dove posso averlo messo e la missione si traduce in una sorta di caccia al tesoro, per giunta senza premio.

Quella sera decido, non so perché, di scendere io. Coincidenza insolita, nessuna delle sale del blocco operatorio è attiva oltre l'orario consentito ed è, quindi, tutto buio e silenzioso. Avendo poca dimestichezza con gli interruttori, riesco a illuminare solo il corridoio centrale ed entro in sala C nella penombra. In un angolo, reclinato su sé stesso, c'è il microscopio operatorio. Non è mia abitudine lasciarmi andare a

nostalgie o malinconie, ma non posso non pensare che da lì a qualche mese non avrò più un microscopio. Una sensazione strana. Immagino sia quella che una persona abituata a muoversi liberamente, senza orari e senza impegni, può provare guardando l'auto quando gli dicono che non gli sarà rinnovata la patente e che per il resto di quel che gli rimane nella vita dovrà adattarsi a usare i mezzi pubblici. O meglio quando, dopo avere trascorso diversi periodi di vita con diverse donne, l'ultima ti lascia e tu sai che non avrai né il tempo, né la voglia di averne un'altra.

Dietro un microscopio ho passato la maggior parte della mia vita. Sicuramente più che a dormire o a mangiare o a stare in famiglia. Lì ho imparato a dominare le emozioni. Il microscopio ha condizionato il mio modo di muovermi: il polso e le dita in modo lento e preciso, poco i gomiti, quasi nulla le spalle, tanto da abbandonare i movimenti pendolari delle braccia durante la deambulazione. Ho sviluppato il tatto come senso dominante. Sono divenuto capace di raggiungere la massima concentrazione per ore, senza avvertire alcuna stimolazione - fame, sete, andare in bagno - e ad astrarmi da qualsiasi altra preoccupazione che non fosse dipendente da quei pochi centimetri di campo operatorio illuminato e ingrandito.

Pochi sono stati i microscopi che, nella vita, ho sentito realmente miei. Il primo, quello del laboratorio di microchirurgia in Istituto³: a regolazione manuale, girando delle rotelle controllavo la distanza focale e l'ingrandimento. Per inclinarlo, spostavi con un cigolio l'intero blocco. Mentre gli altri, fuori dall'ospedale facevano la loro vita, tu spesso rimanevi solo con lui. Però imparavi a muovere le mani: prima suturando con aghi sottili piccoli cateteri in silicone, via via di più ridotte dimensioni, quindi con gli animali. Se esiste un'altra vita e Dio considera topi e conigli sue creature, di là non avrò scampo. Un po' me ne vergogno anche oggi, ma allora non ci pensavo. Però, quale forma di espiazione non ho più mangiato conigli...

Gli altri microscopi, avuti sino a quando son diventato Primario, non sono mai stati veramente miei. Erano prestati per qualche ora in qualche giorno, ma il rapporto era più impersonale. A Torino il microscopio era mio, ma la vita troppo frenetica per poter stabilire un rapporto stabile e duraturo.

A Siena ne ho avuti tre, tutti conosciuti sino ai più intimi ingranaggi. E ogni volta che lo cambiavo per manifesta vetustà, inizialmente continuava a sembrarmi meglio il vecchio del nuovo. Può sembrare ridicolo questo sentimentalismo nei confronti di

3 Quando parla di "Istituto", Oliveri si riferisce all'istituto Neurologico Besta di Milano, dove si è formato.

una apparecchiatura, per sofisticata che possa essere; tuttavia, per anni ciascuno di loro è stato come un'appendice per me, l'interfaccia con il mondo.