



Chirurgia e umanesimo: quale attualità?

Paolo Tranquilli Leali

Direttore Scientifico GIOT

Talora potrebbe venire da pensare di trovarsi nel “medioevo” del terzo millennio. Periodo ricchissimo di innovazione e di cambi di paradigmi sociali ma imbarbarito da ignoranza, superstizione e corruzione.

Il nostro vivere compulsivo, discretizzato in percezioni istantanee ed effimere, non ci lascia tempo per noi stessi e ovviamente, ancor meno per gli altri.

L'autore, il Professor Carlo Motta, classe del 1931, nato a Roma, specializzato in Ortopedia alla Sapienza, si trasferisce per lavorare in Germania, per poi, diventato apicale rientrare come primario a Salò e Brescia. Cittadino del mondo con residenza anche in Sud Africa e ora ritirato nel verde e nella quiete di Oriolo Romano, sottolinea l'importanza della tecnica ma che questa, senza morale e amorevolezza, perde di significato e di efficacia:

...Umanesimo in chirurgia significa non solo compiere in maniera tecnica perfetta un atto chirurgico sia pur difficile: il malato non ha bisogno solo di questo, ma deve sentire che la persona alla quale ha affidato il proprio corpo è in grado di comprenderlo e di amarlo. Solo conservando questo amore, sarà possibile mantenere una morale nella chirurgia, che ci permetterà di capire sempre i limiti dei nostri diritti e doveri.

Molti chirurghi ritengono che ascoltare il paziente rappresenti una perdita di tempo, ma a torto. Il primo dovere umanistico del chirurgo è quello di saper ascoltare il paziente, non solo per arricchire i dati anamnestici relativi alla diagnosi, ma per capirne la psicologia, il suo livello culturale, il suo grado emozionale, la sua concezione della vita, in modo da poter meglio adeguare la scelta del trattamento alle sue aspettative...

Quale miglior corollario alla campagna di sensibilizzazione “*Primum non tacere*” che la SIOT tiene nel 2022.

Vi chiedo di dedicare un frammento del vostro tempo a leggere quest'articolo, se non altro, perché l'Autore che nella Sua attività professionale ha eseguito più di 25.000 interventi chirurgici non ha avuto un contenzioso medico legale; e, poi, ad “ascoltare” non si “perde” mai tempo, anzi lo si valorizza.

Chirurgia e umanesimo

Carlo Motta (foto)

Past Libero Docente Clinica Ortopedica Università di Brescia; Specialista in Ortopedia e Traumatologia; Specialità Tedesca in Ortopedia; Specialista in Fisio-Chinesi Terapie; Specialista in Angiologia; Past Primario Ortopedico Traumatologo Ospedale Civile di Brescia

Quali sono i rapporti tra chirurgia e umanesimo, cosa ha a che vedere l'umanesimo con la chirurgia?

Non mi riferisco all'umanesimo come movimento storico-letterario che maturò nel XV secolo dopo il suo inizio con Petrarca (1303-1374) e si universalizzò con la morte di Lorenzo il Magnifico (1449-1492). Esso rappresentava una maniera nuova di concepire l'uomo, dando più valore al suo io, alla sua personalità e facendone il centro dell'interesse cosmico. Petrarca aveva riscoperto Cicerone;

Ricevuto e accettato: 16 settembre 2022

Corrispondenza

Carlo Motta

via G. Matteotti 26, 01010 Oriolo Romano (VT)

E-mail: carlo.motta31@gmail.com

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara di non avere alcun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Motta C. Chirurgia e umanesimo. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 2022;48:109-113; <https://doi.org/10.32050/0390-0134-N394>

© Copyright by Pacini Editore Srl



OPEN ACCESS

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

con lo sguardo rivolto agli antichi, particolarmente alla filosofia di Platone, molti si attendevano un rinnovamento spirituale. Il Medioevo era ai loro occhi un periodo oscuro tra lo splendore dell'antichità e il presente, che doveva essere cancellato dal Rinascimento. A mio giudizio è storicamente poco valido voler contrapporre il Medioevo, come tappa oscurantista della storia dell'umanità, al Rinascimento, vale a dire il nuovo spirito umanista rispetto a quello religioso-cristiano.

Quella che sia in ogni modo la valutazione storica e religiosa che si vuol dare dell'umanesimo, resta il fatto per noi importante che con esso l'uomo, come individuo e come persona, assumeva un significato e una dignità preponderante nella storia del pianeta terra e il richiamo all'antico altro non era che il tentativo di superamento del soprannaturale e del sacro, come concezione e valori unici della vita. Questa valorizzazione dell'individuo doveva poi rimanere nei secoli seguenti: il settecento erudito aggiunge solo il colore del suo tempo allo spirito umanista e rinascimentale. Nel XIX secolo poi, l'ideale umano è rappresentato dalla valutazione esagerata dell'intelletto: l'uomo di cultura rappresenta lo schema ideale dell'umanità. L'impegno di sviluppo della personalità del singolo costituisce il fine di questa concezione della vita, che altro non è che una forma di umanesimo: l'uomo al centro del mondo, la sua importanza come individuo, anche se facente parte di un tutto, della società.

Non a caso la parola umanesimo è simile a quella di umanità: scrive Rigutini nel dizionario dei sinonimi: umanità è sentimento di affetto negli altri uomini come a fratelli, di compassione dei mali loro, di compatimento dei loro difetti; desiderio di scemar questi e quelli o, non potend'altro, di partecipare ai mali, i difetti tollerare.

Umanesimo e secolarizzazione vengono spesso usati in tandem: all'inizio "secolarizzazione" significava solo trasferimento di beni materiali dalla Chiesa allo Stato, ma ha assunto poi il significato di autonomia della realtà terrestre svincolata dall'esigenza del sacro.

Se esaminiamo la storia della chirurgia, ci rendiamo conto che il concetto umanista di valorizzazione dell'uomo, di amore per lui, trova una delle migliori applicazioni nella finalità dell'atto chirurgico di migliorare o addirittura salvare la vita, slancio dell'uomo verso l'uomo, preoccupazione per l'individuo.

La chirurgia è nata come chirurgia d'urgenza. La madre della chirurgia è la chirurgia degli infortuni (*Die Mutter der Chirurgie ist die Unfallchirurgie*), come dicono i tedeschi in maniera lapidaria. Gli atti chirurgici primordiali sono stati quelli di chiudere una ferita, arrestare un'emorragia di un vaso, estrarre dall'organismo un corpo estraneo, steccare un arto fratturato, amputare un arto.

Fanno eccezione le trapanazioni craniche rinvenute in

Perù, eseguite già tra il 400 e il 200 a.C. e fino al 1400 d.C. Interessante è apprendere che anche durante la guerra civile americana, 400 anni più tardi, furono eseguite tali operazioni con una sopravvivenza del 50%. Antiche immagini murali c'insegnano che gli antichi egizi operavano sugli occhi già nel 2000 a.C.

C'era alla base di questi atti manuali il desiderio di un uomo di aiutare il suo simile sofferente e, senza tante leggi, si attuava il principio, oggi tanto inutilmente decantato, della funzione sociale del medico.

I grossi ostacoli allo sviluppo dell'arte chirurgica sono state le infezioni e l'assenza dell'anestesia. Pensiamo un momento a cosa doveva essere un'amputazione di gamba a paziente sveglio, che Lister (1827-1912) compieva in 40 secondi. È rimasto famoso il cosiddetto *tour du maitre* che consisteva nell'incisione circolare cutanea e dei tessuti muscolari sottostanti senza distaccare il bisturi dalle parti molli. Al tempo della chirurgia eroica, era implicito nel concetto di chirurgo non solo quello di artigiano ma anche quello di artista. Non erano certo molti quelli che potevano e sapevano operare con la rapidità necessaria per permettere una certa percentuale di sopravvivenza. È evidente che in una società ove il divario di classe era particolarmente marcato e i professori l'arte chirurgica in numero limitato, non vi poteva essere a quell'epoca, non dico un trattamento ottimale per tutti, (che del resto non abbiamo raggiunto neanche oggi), ma spesso neanche una terapia per tutti.

L'avvento negli Stati Uniti nel 1846 dell'anestesia generale con l'etere (Dr. Green, *Massachusetts General Hospital*, Boston e in Italia all'Ospedale Maggiore di Milano nel 1847) permise l'esecuzione di un numero sempre maggiore di interventi a cielo aperto. Ricordo di aver appreso la tecnica di questo tipo di anestesia quando, ancora studente, nel 1953 feci uno stage di frequenza di alcuni mesi nel reparto chirurgia dell'ospedale S. Giovanni di Roma in cui all'epoca era primario il Prof. Urbani, ritenuto uno dei migliori chirurghi a Roma. Eseguii in tale occasione anche l'anestesia di mio nonno materno al quale avevo fatto diagnosi probabile di cancro dello stomaco, confermata dal Prof. Urbani, il quale l'operò e constatò che il tumore aveva invaso già il fegato ritenendo pertanto inutile qualsiasi intervento demolitivo. Mio nonno morì qualche giorno dopo l'intervento, ancora ricoverato in ospedale. Anche a Parigi, quando nel 1958 usufruii di una borsa di studio di 6 mesi nel reparto chirurgico del Dr. Iselin, per apprendere la chirurgia della mano, eseguii ogni mercoledì le anestesie generali eteriche per interventi chirurgici generali: in cambio avevo alloggio, vitto in ospedale e una certa somma di denaro che non ricordo bene se 7-8 mila franchi al mese. Negli anni '60, quando lavoravo nella Clinica degli Infortuni Bergmannsheil

in Germania, sono sceso due volte a 900 metri di profondità in miniere di carbone ad amputare una volta una gamba e un'altra volta una coscia a minatori che erano rimasti sotto una frana di macigni rocciosi e non potevano essere estratti. Entravamo carponi nella camera di scavo in tre, un chirurgo, un anestesista e un infermiere: si applicava un laccio emostatico alla radice dell'arto e in anestesia eterea il chirurgo incideva circolarmente le parti molli e con una sega manuale recideva l'osso. La ferita era coperta con un panno sterile e l'infortunato era trasportato, sempre con laccio emostatico, all'ospedale e nuovamente addormentato con il protossido d'azoto per concludere l'intervento e regolarizzare e suturare il moncone d'amputazione. Mi son posto il quesito di quello che succedeva nelle miniere in casi del genere nel XIX secolo...

Oggi giorno dobbiamo fare una distinzione tra i paesi nei quali, come nel nostro, esiste un servizio sanitario nazionale che permette al paziente, a parte le urgenze, di optare per la struttura nella quale decide di farsi operare, ma non gli dà facoltà di scegliere l'operatore, dai paesi come negli Stati Uniti dove, salvo le urgenze, il paziente può scegliere l'operatore ma deve pagarlo privatamente o avere un'assicurazione. Ma anche in Italia un paziente con un minimo di possibilità finanziarie consulta il chirurgo che a sua conoscenza o per giudizio generale (non sempre veritiero) è il migliore per il suo caso. Ciò fa pensare che l'importanza della relazione tra curante e curato travalica il problema tecnico, che magari sarebbe ugualmente risolto da un chirurgo sconosciuto. Non vi è dubbio che non tutti i chirurghi sono dello stesso valore e capacità: nel momento in cui il paziente si reca volontariamente dal chirurgo da lui ritenuto il più idoneo, compie una scelta che instaura automaticamente un rapporto di fiducia. Il chirurgo scelto non potrà non essere fiero e lusingato per questa preferenza che valorizza la sua opera e si sentirà per questo ancor più spronato a compiere bene la sua opera.

Dopo quanto premesso, che cosa significa umanesimo in rapporto alla chirurgia?

Umanesimo in chirurgia significa non solo compiere in maniera tecnica perfetta un atto chirurgico sia pur difficile: il malato non ha bisogno solo di questo, ma deve sentire che la persona alla quale ha affidato il proprio corpo è in grado di comprenderlo e di amarlo. Solo conservando questo amore, sarà possibile mantenere una morale nella chirurgia, che ci permetterà di capire sempre i limiti dei nostri diritti e doveri.

Molti chirurghi ritengono che ascoltare il paziente rappresenti una perdita di tempo, ma a torto. Il primo dovere umanistico del chirurgo è quello di saper ascoltare il paziente, non solo per arricchire i dati anamnestici relativi alla diagnosi, ma per capirne la psicologia, il suo livello cultu-

rale, il suo grado emozionale, la sua concezione della vita, in modo da poter meglio adeguare la scelta del trattamento alle sue aspettative. Psicologicamente e umanamente gli dobbiamo il nostro tempo, poiché la sua fiducia in noi nasce sovente da un semplice atteggiamento d'estrema attenzione.

Le condizioni nelle quali il malato contatta il chirurgo sono per lui sempre stressanti, se non tragiche e per lui il suo male rappresenta il problema cosmico. Anche se egli ha fiducia nelle nostre capacità tecniche, ha paura o perlomeno un senso di panico, anche se mascherato, di fronte all'ignoto che si erge davanti a lui, per il timore della sofferenza, della perdita della propria integrità fisica o addirittura della morte, e la narrazione dei suoi malanni è per lui una liberazione, quasi una catarsi ed instaura un rapporto quasi di complicità tra lui e il chirurgo.

Quando una decisione operatoria s'impone, il chirurgo deve avere coscienza del dramma interiore che s'instaura nel paziente e bisogna saper trovare le parole che daranno tranquillità e sicurezza. Mai dimenticare di immedesimarsi nella situazione del malato. Pur non omettendo di comunicare le complicazioni che possono insorgere durante e dopo un'operazione (che per legge devono essere riportate nel consenso informato), mai drammatizzare sul loro verificarsi, magari per ingigantire il proprio operato o per crearsi un alibi in caso d'insuccesso: infatti è il chirurgo che deve prendere in coscienza la decisione sull'opportunità del suo operato, dopo aver ponderato tutti i fattori di rischio ed è lui che porta la responsabilità dell'atto operatorio.

Umanesimo in chirurgia significa pure che il chirurgo deve conoscere i limiti delle proprie capacità e possibilità tecniche e affidare ad altri più esperti di lui o in possesso di attrezzature tecniche più adeguate al caso, la cura del paziente. Conosci te stesso rappresenta un pilone principale dell'onestà chirurgica. L'umanesimo, quale fondamento normale della chirurgia, ci impone di conoscere i nostri limiti e a non superarli: una rinuncia ponderata al trattamento non è mai un'umiliazione nel caso d'interventi di particolare gravità. Ricordo il caso di un giovane che aveva riportato in un incidente stradale una grave frattura-lussazione del bacino con paralisi del nervo femorale e lesioni dello sfintere anale; egli venne ricoverato nel mio reparto a Brescia un mese dopo l'incidente, proveniente da un altro reparto nel quale non avevano fatto nulla se non procurargli decubiti sacrali. Lo sistemai su letto girevole in maniera da far guarire i decubiti e, data la gravità delle multiple lesioni, consigliai alla madre, che sapevo senza problemi finanziari, di portarlo da un noto chirurgo parigino del bacino, al quale telefonai e che si dichiarò disposto a venire a Brescia. Questa promessa, malgrado il compenso offerto dalla madre, non fu man-

tenuta. Io ero stato nel 1992 un mese al *Good Samaritan Hospital* di Los Angeles dal Dr. Matta, che era allora il maggior esperto mondiale di ricostruzioni dei bacini fratturati e avevo acquisito una buona esperienza nella materia nella quale ero già preparato.

La madre del giovane mi propose di eseguire io l'intervento e così ricostruii l'anatomia del bacino. Inviai però poi il paziente a Vienna dal Prof. Millesi, esperto di fama mondiale di ricostruzione dei nervi periferici, che avevo conosciuto nel 1959 a Parigi al corso di chirurgia della mano organizzato dal Dr. Iselin e con il quale ero rimasto in contatto, che sistemò il nervo femorale restituendo con ciò al paziente la funzione quadricipitale. Infine, un chirurgo londinese ricostruì lo sfintere anale e il paziente ritornò ad una vita di relazione accettabile e seppi poi che lavorava in una banca di Brescia.

Umanesimo in chirurgia significa anche che il chirurgo deve avere la mente aperta al progresso della sua specialità, anche se la chirurgia si è nel frattempo talmente specializzata e suddivisa in branche secondarie superspecialistiche, per cui è impossibile oggi ritenere che ciascuno di noi possa realizzare l'optimum in tutte le branche.

Io sono uno degli ultimi ortopedici che doveva concettualmente saper risolvere tutti i problemi incontrati, per cui ero obbligato ad informarmi sempre sulle nuove metodiche, onde acquisire la conoscenza delle possibilità terapeutiche conseguenti allo sviluppo tecnologico. Ricordo sempre che ho iniziato nel 1963 in Germania a operare le ernie del disco lombare solo sulla base dell'esame clinico e di un esame radiologico. In Italia, nel 1968 ho cominciato ad utilizzare la mielografia che, associata all'esame clinico, confermava la localizzazione e l'entità dell'ernia. Oggi la risonanza magnetica (RMN) ha semplificato le diagnosi e le tecniche operatorie sono divenute a tutti gli effetti microchirurgiche.

Il sentimento umanistico obbliga il chirurgo a conservare uno spirito aperto su di una scienza in continuo divenire, anche perché i malati hanno il diritto di esigere dal chirurgo che esso sia costantemente al passo con i progressi medici.

Inoltre, umanesimo in chirurgia ci impone di essere sempre critici rispetto all'opera chirurgica da noi effettuata e a non essere mai troppo soddisfatti: dopo ogni intervento mi facevo sempre un esame di coscienza su quanto avevo compiuto e cercavo di giudicare se avevo fatto tutto il possibile.

Anche possedendo la verità del momento, ma consapevoli di averne una rappresentazione che domani si dimostrerà del tutto imperfetta, esige un aggiornamento continuo di questa verità. Anche il concetto umanistico c'impone di non tralasciare niente che possa apportare un miglioramento alla sorte dell'uomo malato. Leriche al principio del

XX secolo affermava: *"l'homme, en tant qu'individu, doit être la mesure de la chirurgie, comme il en est le fin"*.

È possibile mantenere la visione umanistica della chirurgia, così come ho cercato di delinearla, nella società industriale attuale? La nuova società tecnologica ha permesso di raggiungere risultati oltremodo vantaggiosi per il benessere psico-fisico. Al principio artigianale del lavoro si è andato però sostituendo progressivamente quello della catena di montaggio con produzione di innumerevoli beni di consumo qualitativamente e artisticamente di minor pregio, ma tali da poter soddisfare i bisogni e le esigenze delle masse. La produzione di questi beni deve ineluttabilmente essere sempre in aumento, sia per l'esplosione demografica (abbiamo superato i 7 miliardi di umani), sia per il proliferare delle richieste personali, quest'ultime legate non tanto alle reali necessità dell'individuo, quanto alla frenesia del consumo, in parte giustificata dal desiderio legittimo dell'uomo di migliorare le proprie condizioni di vita, in parte alimentata coscientemente dalla società dei consumi, ove consumare diviene appunto necessità di sopravvivenza di un'economia non pianificata. I risvolti negativi di questo progresso tecnologico sono però oggi drammaticamente davanti agli occhi di tutti.

Questa trasformazione del nostro modo di vivere e di concepire la vita e una maggiore giustizia sociale che si va imponendo con il progresso civile e culturale di sempre più larghi strati della popolazione, non poteva non cambiare il rapporto tra società e medicina. Ciò in Italia ha condotto alla creazione del servizio sanitario nazionale che avrebbe dovuto introdurre nuove forme di rapporto tra medico e paziente, regolamentate da leggi sanitarie che dovrebbero rappresentare un progresso e assicurare ad ogni malato un'assistenza sanitaria completa e migliore.

Ho però l'impressione che il legislatore abbia perduto di vista il principio umanistico che dovrebbe guidare il rapporto tra medico-chirurgo e paziente.

Si chiede oggi al medico di svolgere la sua attività in maniera burocratica, ristretta a certi schemi fissati e da rispettare rigidamente, togliendogli il diritto di sviluppare la sua personalità e il suo pensiero critico, imponendogli un servizio cosiddetto sociale, che non sempre raggiunge il fine terapeutico. Se il chirurgo non è in condizione di rispettare i principi dell'umanesimo nella sua professione, non vi potranno essere regolamenti, orari di lavoro con orologio a cartellino, richiami alla sua funzione sociale e minacce, che possano costringerlo a compiere la sua opera in maniera ottimale.

L'arte chirurgica presuppone un lungo tirocinio, che si può superare se si ha davanti a sé la visione umanitaria del nostro lavoro. Nessuno sacrificherà la sua gioventù, passerà la notte sui libri, lavorerà e sopporterà avversità, delusioni, vessazioni, difficoltà di ogni tipo, anche economiche, se

non ama il proprio lavoro. Personalmente ho lavorato per più di tre anni dopo la laurea dal 1955 al 1959 in Clinica Ortopedica a Roma come assistente volontario universitario; io e il compianto collega Di Leo coprivamo il servizio di guardia di 24 ore a giorni alterni e racimolavamo così 15.000 lire al mese. Quando nel 1959, per alcuni mesi, prima delle mie dimissioni ed il trasferimento in Germania, ero stato nominato assistente straordinario, lo stipendio era di 31.750 lire mensili, somma insufficiente per una sopravvivenza dignitosa se non avessi continuato a vivere nell'appartamento dei miei genitori.

Anche se l'assenza di problemi economici è utile per una preparazione tecnica eccellente, questa presuppone un'innata predisposizione ad un'attività manuale, dimostrata dall'esiguo numero dei chirurghi in rapporto con gli altri specialisti medici. Anch'essa però da sola non è sufficiente per formare un buon chirurgo: infatti è necessario inoltre avere dei buoni maestri che ci mostrino e ci insegnino le manualità e le tecniche in uso al momento della formazione. Personalmente, frequentando maestri come Iselin per quel che riguarda la chirurgia della mano, Burkle de la Camp per la chirurgia degli infortuni, Mau per la chirurgia vertebrale e della scoliosi in particolare, Neiva-ser per la chirurgia della spalla, Neer per la chirurgia del ginocchio e numerosi altri chirurghi americani per la chirurgia protesica, ho appreso non solo le tecniche operatorie ma soprattutto anche che un buon chirurgo deve applicare la terapia appropriata nel momento giusto al paziente giusto. La scelta della terapia deve essere strettamente legata alla valutazione dei fattori individuali, ambientali, sociali e psicologici del paziente: la stessa terapia applicata a due pazienti differenti potrebbe portare a risultati diversi. A quali trasformazioni siamo andati incontro nel rapporto tra chirurgo e paziente nell'attuale società? Minimizzato il rapporto di fiducia, come voluto dai nostri legislatori, la funzione del chirurgo è divenuta quella di un tecnico, anche se altamente specializzato, che lavora con un orario e un riposo ben codificato, stipendio fisso ma modesto, che invoglia a cercare altre fonti di guadagno. Per esempio in Germania chi lavora in ospedale non può lavorare in privato e il medico privato non può lavorare in ospedale e ciò è possibile perché gli stipendi sono ben più elevati. Inoltre la distinzione introdotta tra medici del servizio pubblico e medici convenzionati nelle cliniche private, ha condotto da un lato al passaggio dei medici più qualificati nelle case di cura, dato che il guadagno è proporzionato alla quantità d'interventi eseguiti (anche se ciò ha talora condotto da parte di medici affaristi all'esecuzione d'interventi non necessari), e dall'altra ha spento nei medici rimasti negli ospedali pubblici ogni stimolo a lavorare di più e soprattutto a eseguire terapie chirurgiche particolarmente impegnative e magari pericolose.

Questa distinzione è stata messa in azione da quei politici che si sono impadroniti del destino di una sanità a parole efficiente e uguale per tutti, nello stesso tempo togliendo ai medici la possibilità di autogestione, favorendo così la burocratizzazione del loro operato e riducendo lo stimolo a lavorare di più e soprattutto meglio.

È giusto riconoscere che questo sistema offre i vantaggi di una vita più comoda, riduce la responsabilità personale, offre maggior tempo libero ed ha purtroppo invogliato e convinto numerosi medici ad accettare i dettami politici imposti, ma esso limita l'eccellenza nell'attività chirurgica che richiede costante applicazione e aggiornamento anche se l'introduzione della tecnologia robotica contribuisce in parte a supplire all'arte chirurgica. Tuttavia ho letto un articolo del 2022 sui risultati delle artroprotesi di ginocchio che non mostra vantaggi della robotica rispetto alle metodiche tradizionali.

Altro capitolo di contribuzione al decadimento è rappresentato dalla scelta dei primari e dei direttori di cattedra, che avviene non più da parte dei colleghi illustri ma da parte dei politici, in base all'appartenenza a questo o quel partito e non solo.

I risultati di questa politica si vedono nell'aumento vertiginoso delle richieste di risarcimento per *malpractice*, anche se talora ingiustificate, proprio per la perdita del rapporto di fiducia tra medico e paziente.

Quali prospettive per il futuro? A mio giudizio ci avviamo al tramonto dell'umanesimo in chirurgia, anche se una parte della classe medica è ancora legata ai principi del giuramento di Ippocrate che mi ricordo mi fu consegnato al momento della laurea da parte del Presidente della Commissione. Osservo con inquietudine la diminuzione progressiva del rendimento professionale umano, la superficialità con la quale viene affrontata la vita e il lavoro (responsabile dell'aumento preoccupante degli infortuni mortali), la scomparsa dell'entusiasmo e della volontà di agire, la fuga davanti alle responsabilità, il rifugio nella droga, il regresso dell'individualità di fronte all'ascesa del collettivismo.

Albert Einstein ha dichiarato: *"temo il giorno in cui la tecnologia andrà oltre la nostra umanità: il mondo sarà popolato allora da una generazione di idioti"*. Non sarà che quel giorno sia arrivato?

Mi auguro che questo scritto, che considero come un testamento, contribuisca nelle nuove generazioni di colleghi, a conservare inalterata la funzione umanitaria nella pratica della nostra meravigliosa professione, pur sfruttando i vantaggi che il progresso tecnico e sociale ha loro fornito.