

Novemila chirurghi

“Vai al convegno?”, mi chiese l'aiuto.

“Io?”, dissi. Stava parlando del convegno del College of American Surgeons che avrebbe avuto inizio di lì a poco. Non mi era mai passato per la mente di poterci andare.

I convegni sono una cosa importante per la nostra professione. I miei genitori, entrambi medici, vanno regolarmente ai loro convegni da trent'anni, e ricordavo vagamente che, nelle rare occasioni in cui da bambino mi portavano con loro, mi erano sembrati affollati, enormi ed eccitanti. Da quando ero assistente, mi ero abituato al fatto che il calendario delle operazioni si svuotasse improvvisamente verso la metà di ottobre, quando i chirurghi della facoltà facevano i bagagli per andare in massa al loro convegno annuale. Ma noi assistenti restavamo a casa, insieme a uno sparuto numero di sfortunati aiuti (di solito i più giovani), per occuparci dei pazienti traumatizzati e delle altre emergenze che continuavano a presentarsi. La maggior parte del tempo la passavamo seduti nella nostra sala di ritrovo – una stanzetta buia che odorava di muffa, con la moquette marrone, un divano sdruccio, un vogatore rotto, qualche lattina vuota e due televisori – a guardare la finale del campionato di baseball sull'unica tv funzionante e a mangiare la roba che avevamo ordinato al take-away cinese.

Ogni anno, tuttavia, qualcuno degli assistenti più anziani riusciva ad andare al convegno. Siccome ero al mio sesto anno, mi dissero che ormai avevo raggiunto quello stadio del tirocinio che mi consentiva di essere uno di loro. Saltò fuori che l'ospedale aveva anche un piccolo fondo per pagarmi le spese. Nel giro di pochi giorni avevo un biglietto aereo per Chicago, una prenotazione all'Hyatt Regency e un cartellino con il mio nome per accedere all'ottantaseiesimo Congresso annuale di chirurgia. Fu solo quando mi trovai a novemila metri di altezza su un Boeing 737 che sorvolava il New Hampshire, dopo aver lasciato mia moglie a casa a occuparsi da sola di tre bambini, che cominciai a

chiedermi perché diamine andiamo a questo genere di cose.

Quando arrivai al gigantesco centro congressi di McCormick Place a Chicago, scoprii che ero solo uno dei 9.312 chirurghi che partecipavano al convegno (su richiesta degli organizzatori, un quotidiano teneva il conto tutti i giorni). L'edificio sembrava il terminal di un aeroporto ed era affollato come la Penn station all'ora di punta. Presi una scala mobile che portava a una terrazza affacciata sul salone principale e guardai quella folla disordinata. Mi venne in mente che in quell'edificio c'erano tante persone che andavano in giro a parlare di chirurgia quanti sono gli abitanti della cittadina dell'Ohio vicino alla quale sono cresciuto. I chirurghi – quasi tutti uomini di mezza età un po' grassocci in giacca blu, camicia spiegazzata, cravatta classica – erano riuniti in gruppetti di due o tre, e tutti sorridevano, stringevano mani e si raccontavano cos'era successo dall'anno prima. Quasi tutti portavano gli occhiali e avevano la schiena leggermente curva per via del tavolo operatorio. Qualcuno se ne stava da solo a sfogliare il programma per decidere da dove cominciare.

Al nostro arrivo, ci avevano dato un programma di 388 pagine che elencava tutte le attività che potevamo seguire: dal corso che cominciava quella stessa mattina su come eseguire biopsie al seno in endoscopia teleguidata alla tavola rotonda del sesto e ultimo giorno intitolata "La terapia ambulatoriale delle malattie ano-rettali: fino a che punto è possibile?". Alla fine, anch'io mi sedetti con il mio opuscolo e lo studiai diligentemente pagina per pagina, segnando con la penna blu tutto quello che mi sembrava interessante. Questo, pensavo, è il posto in cui si possono scoprire le ultime novità, il posto in cui vengono insegnate le tecniche più avanzate, e mi sentivo quasi obbligato ad assistere al maggior numero di conferenze possibile.

Nel giro di pochissimo tempo il mio programma era pieno di cerchi blu. Soltanto la prima mattina, avevo più di venti conferenze dall'aria molto istruttiva tra cui scegliere. Ero indeciso se andarne a sentire una sul modo più corretto per sezionare un collo oppure una sulle ultime novità in materia di trattamento delle ferite da arma da fuoco alla testa, ma alla fine optai per una tavola rotonda sul modo migliore per ridurre le ernie inguinali.

Arrivai presto, ma i 1.500 posti a sedere dell'auditorium erano già tutti occupati. L'ernia faceva il tutto esaurito. Trovai uno spazio tra la folla in piedi in fondo alla sala. Riuscivo a malapena a vedere chi stava parlando, ma uno schermo gigantesco mostrava in primo piano tutti i relatori. Undici chirurghi, uno dopo l'altro, salirono sul podio per illustrare presentazioni in Powerpoint e discutere dati.

I risultati della nostra ricerca, intonò il primo, indicano che il metodo Lichtenstein è il sistema più affidabile per ridurre un'ernia. No, replicò il secondo relatore, il metodo Lichtenstein è assolutamente inadeguato; la tecnica Shouldice dà i migliori risultati. Poi si fece avanti un terzo chirurgo e disse: Vi sbagliate tutti e due, l'intervento dovrebbe essere eseguito in laparoscopia. A quel punto si alzò un quarto chirurgo: Io ho scoperto un sistema ancora migliore per ridurre l'ernia utilizzando uno strumento speciale che ho brevettato io stesso. Le cose andarono avanti così per due ore e mezza. Qualcuno ogni tanto si infiammava. Dal pubblico venivano lanciate domande mordaci, che non ottenevano alcuna risposta. Ma alla fine la sala era piena come all'inizio.

Nel pomeriggio andai al cinema. Gli organizzatori avevano allestito tre sale da tre o quattrocento posti l'una dove veniva proiettato un filmato dopo l'altro di interventi reali, tutti i giorni per tutto il giorno. Mi infilai in una di quelle sale buie e rimasi subito affascinato. Assistetti a operazioni ardite, operazioni complicate, operazioni ingegnosamente semplici. Il primo filmato che vidi era quello del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di Manhattan. Cominciava con un primo piano dell'addome aperto di un paziente. Il chirurgo, del quale si vedevano solo le mani guantate e coperte di sangue, stava tentando un'operazione estremamente difficile e pericolosa: la resezione di un tumore situato nella coda del pancreas. Il tumore era profondo, avvolto dalle volute dell'intestino, coperto da un intreccio di vasi sanguigni, dallo stomaco e dalla milza. Ma il chirurgo dava la sensazione che asportarlo fosse un gioco da ragazzi. Spostava fragili vasi sanguigni e incideva il tessuto a pochi millimetri di distanza da organi vitali. Ci fece vedere anche un paio di trucchi

per evitare complicazioni, e nel giro di poco tempo depose metà del pancreas in una vaschetta.

In un altro filmato un'équipe di Strasburgo rimosse un tumore al colon dalle profondità della cavità pelvica di una paziente e poi ricollegò i due tratti dell'intestino, tutto per via laparoscopica, attraverso minuscole incisioni che alla fine richiedevano solo l'applicazione di un cerotto. Era un'impresa prodigiosa, degna di Houdini: un po' come estrarre un modellino di nave dall'interno di una bottiglia per costruire al suo posto un'automobilina funzionante usando solo delle bacchette cinesi. Il pubblico assisteva incredulo.

Il filmato più elegante, tuttavia, fu quello di un chirurgo di Houston, Texas, il quale ci rivelò una procedura per intervenire su un difetto congenito dell'esofago noto come diverticolo di Zenker. Generalmente, per eliminare questa anomalia si impiega più di un'ora ed è necessaria un'incisione lungo tutto il lato del collo, ma nel filmato il chirurgo riusciva a farlo in quindici minuti attraverso la bocca del paziente, e senza praticare nessuna incisione. Rimasi a guardare filmati per quasi quattro ore. E quando le luci si accesero, uscii alla luce del giorno in silenzio, battendo le palpebre e in preda all'euforia.

Le sessioni cliniche continuavano fino alle dieci e mezza di sera, e sembrava che andassero tutte come la prima alla quale avevo assistito, passando continuamente dal pedante al sublime, dal banale allo straordinario. Tuttavia, spesso era difficile capire se quei programmi fossero veramente il piatto forte del convegno. Mi resi conto quasi subito che, oltre a essere una conferenza didattica, il convegno era anche una fiera. Le pubblicità di strabilianti prodotti di cui non avevo mai sentito parlare – come una suturatrice meccanica che chiudeva le ferite senza usare graffe e un microscopio a fibre ottiche tridimensionale – continuavano a scorrere notte e giorno sul televisore della mia stanza e perfino sull'autobus che ci portava al centro congressi e ci riportava indietro. Le case produttrici di farmaci e apparecchiature mediche offrivano cene tutte le sere. E c'erano oltre 5.300 rappresentanti di circa dodici ditte diverse: più di uno per ogni

due chirurghi.

Il centro della loro attività era un affollato salone grande come un campo da calcio dove avevano montato una serie di stand per pubblicizzare i loro prodotti. La parola “stand” non descrive neanche in modo approssimativo quello che avevano costruito. C'erano padiglioni a due piani, luci pulsanti, espositori in acciaio cromato, presentazioni multimediali. Una ditta aveva addirittura assemblato sul posto una sala operatoria completa. I chirurghi sono persone che comprano forbici da duecento dollari, divaricatori addominali da sedicimila dollari e tavoli operatori da cinquantamila dollari senza pensarci due volte. Quindi il corteggiamento può essere intenso ed elaborato.

Qui era anche inevitabile. Gli organizzatori avevano concesso – o per essere più precisi, venduto – ai rappresentanti la zona più appetibile del centro congressi: il salone era adiacente al banco delle iscrizioni, quindi era la prima cosa che un chirurgo vedeva appena arrivava al convegno, e l'unico percorso per raggiungere le esposizioni scientifiche passava attraverso quel labirinto scintillante. Il pomeriggio successivo provai a dirigermi verso una mostra di biologia molecolare, ma non riuscii mai ad arrivare dall'altra parte. Ovunque guardassi c'era qualcosa che attirava la mia attenzione.

A volte erano solo piccoli omaggi frivoli. Gli stand regalavano palle da golf, penne stilografiche, torce a forma di penna, berretti da baseball, adesivi, caramelle: tutte cose che portavano stampato il marchio della ditta, naturalmente, e che ti venivano offerte insieme a una lunga tirata e a un opuscolo su qualche nuova tecnologia che la ditta stava commercializzando. Probabilmente penserete che dei chirurghi che guadagnano milioni siano superiori a questo tipo di piccola corruzione. Ma vi sbagliate: uno degli stand più affollati era quello di una casa farmaceutica che regalava solide borse di tela con il nome di uno dei suoi farmaci stampato a lettere cubitali blu su uno dei lati. Tutti i medici facevano la fila per avere quelle borse, anche a costo di dover rivelare il loro indirizzo e numero di telefono, solo per avere qualcosa in cui mettere tutta la merce omaggio che stavano raccogliendo (comunque sentii uno di loro borbottare che gli omaggi non era-

no belli come quelli degli anni precedenti: una volta gli avevano regalato un paio di Ray-Ban).

Alcune ditte usavano metodi più subliminali per attirare i chirurghi, magari affidando lo stand a tre ragazze sorridenti. “Ha visto la nostra pelle?”, mi sussurrò una brunetta con delle belle gambe, le ciglia lunghe come trampolini e una voce che sembrava uno sbuffo di fumo. Intendeva dire la pelle artificiale che produceva la sua ditta per i pazienti ustionati, ma come potevo resistere? Senza neanche accorgermene, mi ritrovai ad afferrare con un paio di pinze un foglio di pelle artificiale bianca semitrasparente appoggiato su una piastra di Petri (95 dollari per un rettangolo di dieci centimetri per quindici) pensando: “Però, questa roba non è niente male”.

La tattica più efficace, tuttavia, era semplicemente quella di esporre la merce e lasciare che i chirurghi ci giocassero. I rappresentanti tiravano fuori un vassoio di carne cruda e l'ultimo aggeggio che avevano inventato e noi accorrevamo come mosche. Quel pomeriggio fui affascinato da un tacchino fresco e gialliccio di circa sette chili appoggiato su un foglio di stagnola (costo: circa 15 dollari) e una linea di bisturi elettronici a onde d'urto ultrasoniche. Per dieci interi minuti di felicità, rimasi in piedi davanti a un banco di vetro affettando gli strati di pelle e di muscolo del tacchino, sollevando lembi più o meno sottili di tessuto, provando incisioni profonde e dissezioni complicatissime, e controllando la maneggevolezza dei vari modelli. In un altro stand, indossai guanti chirurgici e provai a ricucire un'incisione operata su una gallina con diverse guglie di un nuovo filo da sutura da cinquanta dollari al metro. Sarei rimasto lì a esercitarmi con i punti e a fare nodi anche per mezz'ora se non ci fossero stati altri quattro chirurghi in fila dietro di me. Nel corso del pomeriggio cauterizzai ferite, provai i più moderni strumenti laparoscopici per eliminare “calcoli alla cistifellea” – che in realtà erano palline di cioccolata – dall'addome di un manichino, e usai una suturatrice meccanica per richiudere una ferita su un pezzo di carne dall'aria stranamente umana (il rappresentante era timido e non volle dirmi di che cosa si trattasse veramente).

Siccome per quel giorno avevo rinunciato a fare qualsiasi al-

tra cosa, adocchiai un gruppo di una cinquantina di colleghi che sciamavano intorno a uno schermo e un uomo in giacca e cravatta con un microfono e una cuffia. Mi avvicinai per vedere che cosa stesse succedendo, e scoprii che si trattava della ripresa dal vivo dell'escissione di una grande emorroide interna prolassata in una sala operatoria che, a quanto sembra, si trovava da qualche parte in Pennsylvania. Il fabbricante stava mostrando con orgoglio un nuovo strumento monouso (costo: 250 dollari) che a suo dire avrebbe ridotto il tempo dell'operazione, che di solito è di circa mezz'ora, a meno di cinque minuti. L'uomo raccoglieva le domande del pubblico, poi le rivolgeva al chirurgo che operava a mille miglia di distanza.

“Adesso effettuerà una sutura a borsa di tabacco?”, chiese l'uomo.

“Sì”, rispose il chirurgo. “Darò cinque o sei punti a due centimetri dalla base delle emorroidi”.

Poi piazzò lo strumento davanti alla telecamera. Era bianco, lucido e incantevole. Nonostante fossimo decisi ad attenerci ai fatti e vedere se quella nuova tecnologia era veramente utile, efficace e affidabile, restammo tutti affascinati.

Finito lo spettacolo, notai a qualche passo da me un uomo dal viso butterato, l'aria afflitta e un abito marrone stropicciato, che se ne stava seduto da solo in un minuscolo stand. Le persone gli sciamavano davanti come moscerini e nessuno si fermava a guardare la sua merce. Non aveva schermi né espositori in acciaio cromato, nessuna palla da golf con il suo marchio da regalare: solo un cartello stampato con il computer con la scritta “Scienza” e diverse centinaia di antichi libri di chirurgia. Mi faceva pena, così mi fermai a curiosare e rimasi sbalordito nello scoprire quel che aveva da offrire. Per esempio, aveva gli articoli in cui Joseph Lister nel 1867 aveva descritto dettagliatamente il suo rivoluzionario metodo chirurgico antisettico. Aveva la prima edizione del 1924 della raccolta di saggi scientifici di William Halsted e gli atti originali del 1955 del primo convegno mondiale sul trapianto di organi. Aveva un catalogo di strumenti chirurgici del 1899, un manuale di chirurgia vecchio di due secoli e una riproduzione completa di un testo di medicina di Maimonide. Aveva

perfino il diario di un chirurgo dell'esercito dell'Unione scritto nel 1863 durante la Guerra civile. C'era un vero tesoro nascosto nelle sue casse e sui suoi scaffali, e finì per rimanere assorto in quei gioielli per il resto del pomeriggio.

Sfogliando quelle pagine fragili e ingiallite, sentii che avevo finalmente scoperto qualcosa di autentico. Per tutto il convegno – nel salone delle esposizioni, senza dubbio, ma anche nelle sale delle conferenze – mi ero accorto che dovevo stare sempre attento per cercare di capire se qualcuno mi stesse prendendo in giro. C'erano indubbiamente nuovi farmaci, strumenti e macchine estremamente validi. Ma con tutto quello sfarzo e quell'atmosfera spettacolare, non potevi mai essere sicuro di quali lo fossero veramente. Quello era l'unico posto in cui avevo trovato qualcosa degno di rispetto.

C'era anche un altro posto nel centro congressi in cui potevi essere sicuro di vedere qualcosa di molto importante. Lontano dai saloni principali – dove venivano proiettati i filmati, si tenevano le dimostrazioni pratiche e si pubblicizzava la mercanzia – c'era un gruppo di piccole sale riunioni dove si svolgevano i “Dibattiti”. Lì, ogni giorno, ricercatori di ogni tipo discutevano gli studi che stavano facendo. Gli argomenti andavano dalla genetica all'immunologia, dalla fisica alle statistiche sulla popolazione. Non c'era molta gente ad assistere a queste discussioni, e per lo più si faceva fatica a seguirle: al giorno d'oggi è impossibile avere una conoscenza sia pure approssimativa della terminologia di base di tutti i settori della scienza. Ma mentre me ne stavo lì seduto ad ascoltare quegli scienziati che parlavano tra loro, riuscivo a capire almeno a che punto eravamo arrivati, quali erano le nuove frontiere.

In quel particolare anno, un argomento ricorrente era l'ingegneria dei tessuti, un settore di ricerca che mira a comprendere esattamente come si sviluppano gli organi, per poi un giorno sfruttare le conoscenze acquisite per creare nuovi organi che potrebbero sostituire quelli danneggiati o malati. A quanto pare, stavano progredendo in modo sorprendentemente rapido. Un paio d'anni prima erano già apparse su tutti i giornali le foto del

famoso orecchio “coltivato” in una piastra di Petri e impiantato sul dorso di un topo. Ma per le strutture più complesse, e sicuramente per gli esperimenti sugli esseri umani, sembrava ci volessero ancora almeno una decina d’anni. In quel momento, tuttavia, gli scienziati stavano presentando fotografie di valvole cardiache, di vasi sanguigni e di segmenti di intestino che avevano già coltivato nei loro laboratori. Ormai non discutevano più su come fare quelle cose, ma su come farle meglio. Le valvole cardiache, per esempio, se impiantate nel cuore dei maiali funzionavano bene, ma per gli esseri umani non duravano quanto sarebbe stato necessario. Anche i segmenti intestinali si erano dimostrati incredibilmente funzionali quando erano stati trapiantati nei ratti, ma non assorbivano bene le sostanze nutrienti, e i ricercatori non avevano ancora trovato il modo di far superare a queste colture la lunghezza di pochi centimetri. Un’équipe del Cedars-Sinai Hospital di Los Angeles era arrivata al punto di sperimentare sugli esseri umani un fegato bio-artificiale temporaneo.

I ricercatori presentavano i dati della loro prima decina di pazienti. Erano tutti nello stadio finale dell’insufficienza epatica, quello in cui il 90 per cento delle persone di solito muore in attesa di un trapianto di fegato. Ma con il fegato bio-artificiale, riferivano i ricercatori, erano tutti sopravvissuti abbastanza a lungo per trovare un donatore: in molti casi anche più di dieci giorni, un risultato inaudito. Ma la cosa ancor più straordinaria era che quattro pazienti che avevano raggiunto lo stadio finale dell’insufficienza epatica a causa di un’overdose di farmaci, alla fine non avevano avuto neanche bisogno di un trapianto. Il fegato bio-artificiale aveva continuato a funzionare fino a quando il loro fegato naturale era guarito e si era rigenerato. Seduto tra il pubblico, provai un improvviso stordimento rendendomi conto di ciò che avevano fatto quei medici. E cominciai a chiedermi se per caso i colleghi di Joseph Lister al Royal College of Surgeons non avessero provato qualcosa di simile quando lui, quasi un secolo prima, aveva presentato le sue scoperte sull’antisepsi.

Erano queste cose – gli insegnamenti, i nuovi prodotti, la ri-

cerca – che spingevano migliaia di chirurghi a trovare con difficoltà una settimana libera per andare nella nuvolosa Chicago? C'era un altro convegno in città quella stessa settimana: il Congresso mondiale delle pubbliche relazioni, “il meeting annuale dei professionisti della pubbliche relazioni” (tema: “Costruire il nostro talento in un mondo pieno di gravi problemi”). Anche loro erano arrivati a frotte. Tra i chirurghi e gli agenti pubblicitari, gli alberghi erano tutti strapieni. E il modo di lavorare era quasi identico. I pubblicitari avevano, come noi, una tornata di conferenze (tra le altre cose c'erano dei seminari su come risolvere i disastri pubblicitari su internet e su come avviare una propria agenzia, nonché una sessione intitolata: “Le conferenze telefoniche: uno strumento economico ed efficace per raggiungere i clienti e la stampa”). Anche loro dedicavano un'intera giornata alla presentazione delle ricerche. Avevano annunci pubblicitari ovunque e un atrio pieno di materiale da esposizione delle agenzie pubblicitarie, delle agenzie stampa e dei fabbricanti di fax ultraveloci. La loro settimana si concludeva, proprio come la nostra, con l'intervento di una pseudocelebrità. Alcuni elementi dei due convegni erano così curiosamente simili da far pensare che fossero proprio quelli ad attirare le persone. Ma una mattina, vagando tra le sale-convegno dei pr, scoprii che le loro erano piene solo a metà e la folla era soprattutto fuori. Perfino al nostro congresso si aveva la sensazione che il desiderio di imparare veramente qualcosa stesse rapidamente scemando. Verso la metà della settimana, trovare un posto nelle sale conferenze non era più un problema. E tra i presenti, una buona parte sonnecchiava o usciva prima della fine per gironzolare nei corridoi.

L'antropologo Lawrence Cohen descrive i convegni e i congressi non tanto come riunioni scientifiche ma come grandi fiere, “eventi colossali in cui le finalità accademiche sono messe in ombra dalla politica professionale, dall'approvazione rituale dei confini delle discipline, dalla vicinanza tra i sessi, dal turismo e dal commercio, dalle rivalità personali e nazionali, dalla coltivazione delle affinità professionali, e dalla pura e semplice enormità delle tematiche”. Questa definizione si può sicuramente applicare ai convegni di chirurgia. Non ci misi molto a rendermi

conto che alcuni erano venuti solo per essere visti, altri per farsi un nome, altri ancora per godersi lo spettacolo. Si combattevano battaglie per ottenere incarichi (furono eletti il nuovo presidente e il nuovo comitato scientifico) e si tenevano riunioni segrete a porte chiuse. C'erano riunioni tra assistenti. C'erano grandi cene da Spago e senza dubbio anche qualche storia d'amore.

Eppure, nonostante tutto questo, si aveva la sensazione che non si trattasse solo di una grande fiera. Lo si vedeva, per esempio, sugli autobus. Ogni giorno, andavamo avanti e indietro tra il centro convegni e i nostri alberghi in flotte di pullman granturismo (erano come quelli della Greyhound per Atlantic City, solo che nei nostri scendevano giù dei minitelesorori che trasmettevano la pubblicità della "cerniera chirurgica"). Per lo più eravamo degli estranei – io non conoscevo mai nessuno dei miei compagni di viaggio – ma se qualcuno ci avesse osservati, non se ne sarebbe mai accorto. Considerate il semplice fatto dei posti a sedere. Di solito, quando le persone salgono su un autobus, un aereo o un treno si distribuiscono come magneti che si respingono, mantenendo una rispettosa e anonima distanza tra loro e sedendosi le une accanto alle altre solo quando è proprio indispensabile. Ma ogni volta che salivamo sui nostri autobus, decidevamo sempre di sederci a coppie, anche se c'erano dei posti vuoti. In qualche modo, senza che nessuno lo dicesse esplicitamente, la norma sociale era stata invertita. Su qualsiasi altro autobus di Chicago, vi sareste sentiti quasi fisicamente minacciati se un estraneo si fosse seduto accanto a voi quando tre quarti dei posti erano vuoti. Lì, invece, chi si isolava avrebbe creato più disagio. Avevamo la sensazione di appartenere alla stessa tribù, di essere in qualche modo legati pur senza conoscerci. Tutti sentivano il bisogno di salutare. Anzi, ci sembrava scortese non farlo.

Durante una di queste corse sedetti accanto a un uomo sulla quarantina in giacca sportiva e camicia aperta sul collo. Cominciammo a parlare quasi subito. Appresi che veniva da una cittadina di 35mila abitanti all'estremità nord della penisola inferiore del Michigan, dove era uno dei due unici chirurghi generali nel raggio di cinquanta miglia. Insieme, lui e il suo collega si occupavano di tutto: incidenti d'auto, ulcere perforate, appendi-

cectomie, tumori al colon, tumori al seno, di tanto in tanto perfino qualche parto d'emergenza. Era lì da una ventina di anni, disse, e come i miei genitori era originario dell'India. Mi colpì il fatto che avesse imparato a sopportare gli inverni del nord. Gli raccontai che, circa trent'anni prima, i miei genitori potevano scegliere se esercitare ad Athens, nell'Ohio, o a Hancock, nella penisola superiore del Michigan. Ma arrivando a Hancock a metà novembre avevano già trovato un metro di neve. Scendendo dall'aereo con il suo sari, mia madre aveva escluso immediatamente quel posto e scelto Athens, anche se non l'aveva ancora vista. Il mio compagno di viaggio scoppiò a ridere e disse quel che dicono tutti quelli del profondo nord a proposito del freddo estremo: "Oh, non è poi tanto male". La nostra conversazione passò dal tempo ai nostri figli, dalla mia esperienza come assistente alla sua e a un'attrezzatura per la laparoscopia che aveva visto e pensava di comprare. Nei sedili intorno a noi stava succedendo la stessa cosa. Tutti chiacchieravano vivacemente. C'erano persone che discutevano di baseball (era in programma la partita tra Mets e Yankees per la Subway Series), di politica (Gore contro Bush) e del morale dei chirurghi (alto oppure basso). Quella settimana, durante i viaggi avanti e indietro, scambiai racconti di emergenze con un chirurgo di Sleepy Eye, nel Minnesota, imparai qualcosa sugli ospedali cinesi da un chirurgo vascolare di Hong Kong dall'accento inglese, parlai di autopsie con il preside della facoltà di chirurgia dell'università della Virginia e ricevetti consigli sui film da vedere da un assistente di Cleveland.

Probabilmente era quel che i pubblicitari avrebbero chiamato socializzare. Ma l'espressione non riesce a rendere la fame di contatti e di appartenenza dei medici che si incontravano su quegli autobus e in tutte le sale del convegno. Probabilmente avevamo tutti dei solidi motivi pratici per essere lì: le nuove idee, le cose da imparare, i congegni da provare, la visibilità, l'interruzione della routine delle nostre infinite responsabilità. Ma alla fine mi venne da pensare che c'era anche qualcosa di più vitale e, in un certo senso, più toccante ad attirarci lì.

I medici vivono in un mondo isolato fatto di emorragie, analisi di laboratorio e persone affettate. Per il momento, siamo i po-

chi sani che vivono tra i malati. È facile sentirsi estranei alle esperienze e a volte anche ai valori del resto della civiltà. Il nostro è un mondo che neanche le nostre famiglie capiscono. Per certi versi sembra quello degli atleti, dei soldati e dei musicisti professionisti. Ma diversamente da loro, noi non siamo semplicemente diversi: siamo anche soli. Una volta che hai finito l'internato e ti sei sistemato a Sleepy Eye o nella penisola settentrionale del Michigan – o se per questo anche a Manhattan – la routine dei pazienti e l'isolamento della pratica ti allontanano da chiunque sappia veramente che cosa significa asportare un cancro allo stomaco o perdere un paziente a causa della polmonite o rispondere alle accuse e alle domande della famiglia o combattere con l'assicurazione per essere pagati.

Una volta all'anno, tuttavia, c'è un posto pieno di gente che lo sa. Sono tutti intorno a te. Arrivano e ti si siedono accanto. Gli organizzatori chiamano il loro convegno annuale "Congresso dei chirurghi" e l'espressione mi sembra molto giusta. Per qualche giorno siamo, con tutti i pro e i contro della situazione, un unico popolo di medici.