

## Chirurghi «grandi firme»



Dai Policlinici al Cto i baroni della chirurgia I «top ten» della capitale e i segreti del mestiere

# Bisturi d'autore

Con il processo a D'Alessandro, cardiocirurgo dal «bisturi facile» del San Camillo, alla sbarra l'intera categoria. Di chi fidarsi? Come evitare le morti da ospedale? In giro tra corsie e camere operatorie a raccogliere opinioni, storie, giudizi dai pazienti ai colleghi medici. Un viaggio alla ricerca dei bisturi d'oro e delle isole di ricerca medica d'avanguardia nella sanità pubblica della capitale.

RACHELE GONNELLI ANNA TARQUINI

Chi ha problemi di cuore in questi giorni è preso dalla tremarella. Se crolla il mito di un cardiocirurgo del calibro di Luigi D'Alessandro, primario del S. Camillo condannato per tre bambini morti sotto i ferri, di chi fidarsi? Se ne sono accorti anche al sindacato degli ospedalieri Anao-Simp che ieri ha chiesto all'Ordine dei medici di far da paciere tra i due «litiganti» (D'Alessandro e il suo padrino-accusatore Chidichimo) e «salvare il decoro della categoria». A dire il vero in giro per i più grandi ospedali

della capitale a sentire opinioni e racconti, la chirurgia sembra uscire assolta. C'è ancora chi preferisce ricoverarsi in una struttura pubblica, pur potendo pagare una clinica di lusso, con aria condizionata e telefono sul comodino. Dice un signore magro sui sessant'anni, sdraiato su una delle tante barelle in fila nel corridoio della seconda chirurgia dell'ospedale universitario: «Avevo pensato di andare in una clinica privata e per cominciare mi sono sottoposto a tutti gli esami. Per una Tac mi hanno chiesto

### Mani d'oro per i trapianti

I trapianti di fegato e di pancreas, interventi di estrema delicatezza, a Roma vengono fatti solo dai due policlinici universitari. Si tratta infatti di un settore d'avanguardia della ricerca medica. Un singolo trapianto può durare anche dalle 18 alle 24 ore consecutive. Vi vengono sottoposti i malati di epatite fulminante e quelli con patologie croniche gravi. Al policlinico Gemelli, gestito dall'Università cattolica del Sacro Cuore e convenzionato con la Regione Lazio, il «mago del trapianto» è il professor Marco

Castagneto, direttore della divisione di chirurgia sostitutiva. Castagneto sta seguendo i trapianti di fegato da due anni. Nei 26 letti del suo reparto ci sono anche ricoverati in attesa di un rene o di una chirurgia plastica. La degenza media al Gemelli è di 13 giorni, per i trapianti però si deve aspettare un po' di più e «se non c'è urgenza e si vuole essere operati dal professore, è meglio passare dall'ambulatorio privato», racconta una signora che ha aspettato sei mesi per eliminare la cellulite. Al Policlinico Umberto I nei primi dieci mesi dell'88 sono stati sostituiti 9 fegati su un totale di 220 trapianti, la maggior parte dei quali riguardavano reni e midollo spinale. Tre sono stati invece i trapianti multiviscerali e 10 quelli di cuore. All'ospedale Sant'Eugenio, convenzionato con l'Università di Tor Vergata, il reparto dei trapianti è all'ultimo piano della palazzina nuova. Lo dirige un «vec-

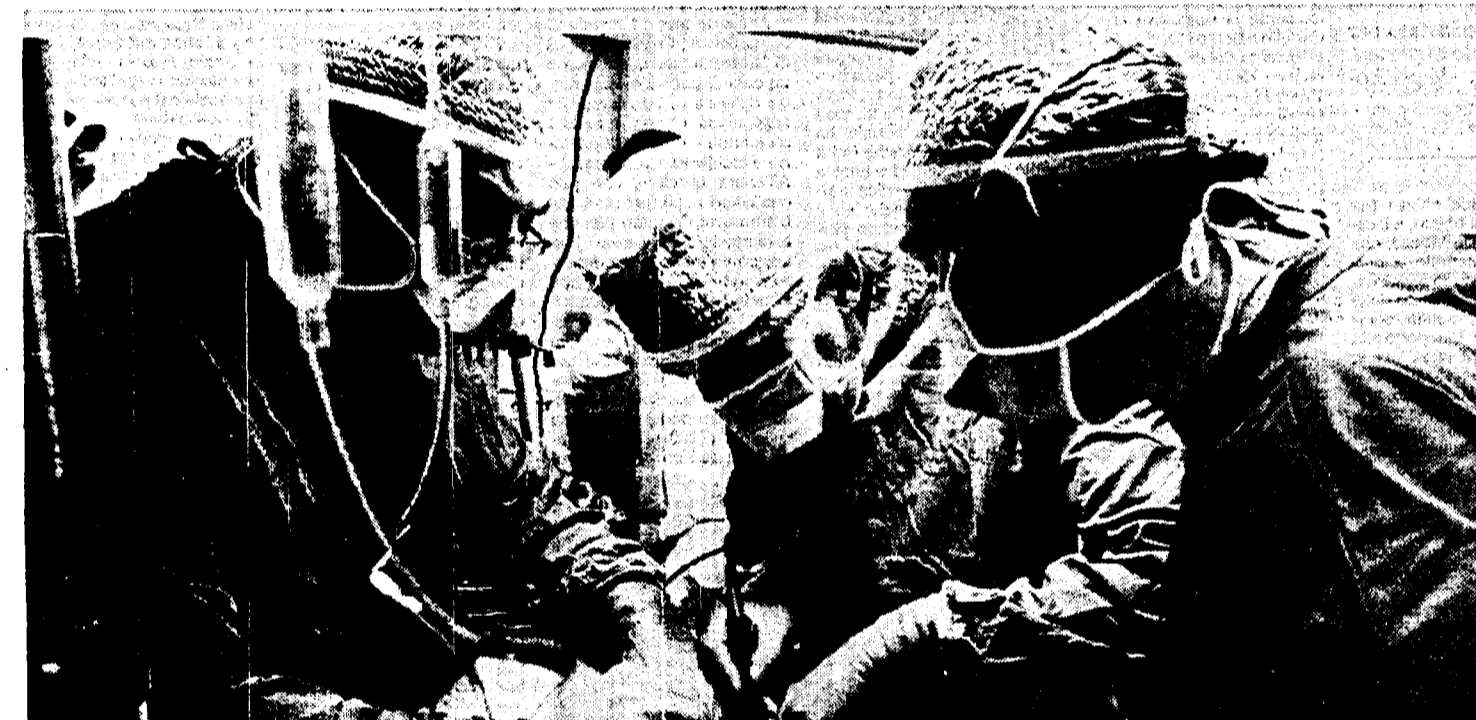
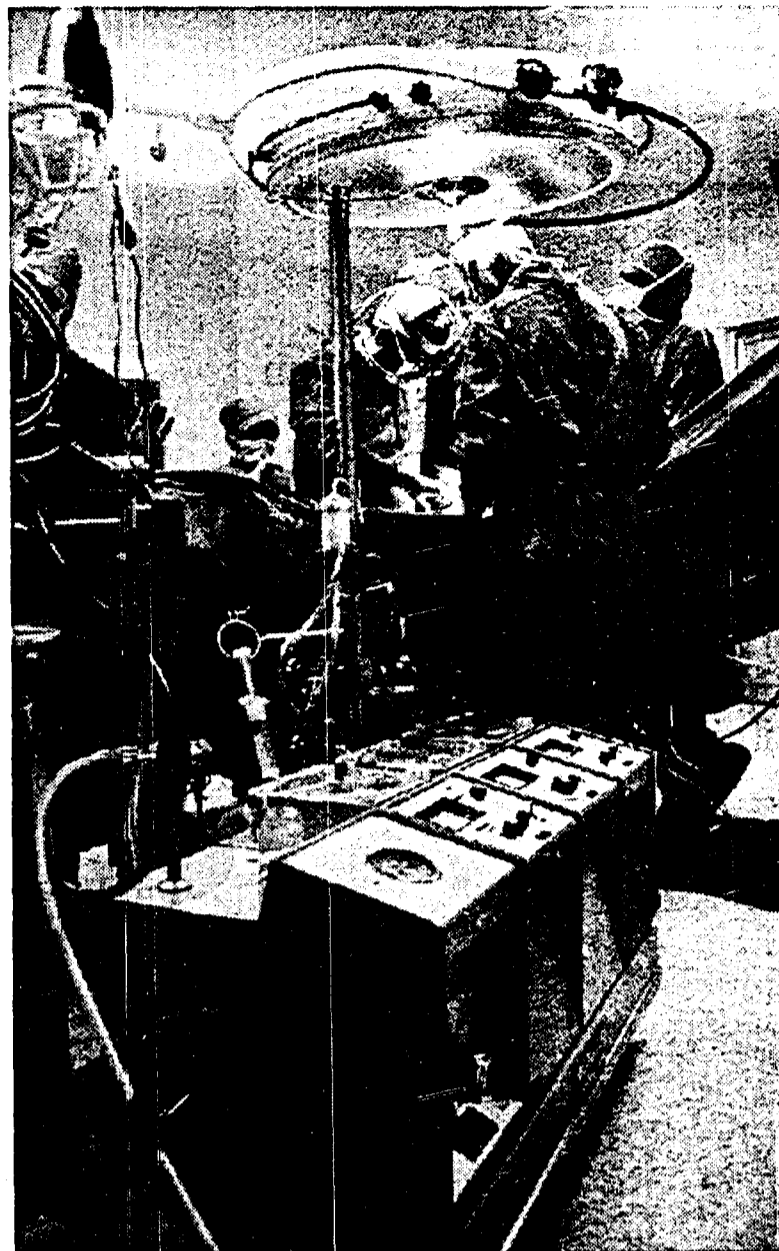
chio leone», il professor Carlo Casciani, che lascia usare il bisturi soprattutto ai suoi aiuti, ma è un ottimo organizzatore e seleziona con rigore i giovani talenti dalla mano ferma. Per i trapianti comunque, le tre università procedono in accordo.

### Celebrità in camice bianco

Quali sono i nomi più famosi della chirurgia a Roma? E quanta importanza possono avere nella buona riuscita di un intervento? Gli esperti sono concordi nel dire che la funzione del chirurgo prestigioso è soprattutto quella di fare scuola. Ciò che conta, insomma, è il livello generale delle prestazioni e questo è dato più che altro dalla professionalità dello staff di collaboratori del primario. A loro spetta il grosso del lavoro, dalla semplice «appendicite» al «polipetto» benigno, mentre il chirurgo di fama dovrebbe seguire personalmente i casi più complicati. Spesso i meno celebri aiuti hanno preso il posto del maestro in sala operatoria, come nel caso della clinica universitaria diretta da Gianfranco Fegiz, che ormai si occupa soprat-

### Esperimento contro il cancro

Da pochissimi mesi al Gemelli si sta sperimentando un nuovo tipo di intervento che dà ottimi risultati in certi casi di tumori addominali. Durante l'operazione l'organo malato viene sottoposto a una irradiazione mirata che tende ad arrestare il diffondersi del cancro. La ricerca, che viene portata avanti anche all'ospedale Regina Elena, al Gemelli è condotta dal professor Francesco Crucitti.



Bisturi d'oro al lavoro. Nel «segreto» delle sale operatorie, c'è chi si affida a loro come fossero moderni stregoni

tutto di dare loro consigli, frutto della sua collaudata esperienza. Un nome molto prestigioso è Giancarlo Falcinelli, il primo e finora l'unico in Italia, a innestare pezzi di molare al posto del cristallino per recuperare la funzionalità dell'occhio nelle miopie progressive. È stata la sua «mano fatata», l'anno scorso, a ridare la vista a un uomo cieco da 36 anni. A volte al San Camillo, la fila davanti al suo ambulatorio inizia alle 4 del mattino. Molto quotati sono i direttori delle cliniche universitarie del Policlinico Umberto I. Nel novero dei nomi eccellenti della chirurgia generale - Giorgio Di Matteo e Sandro Tagliacozzo - si sta facendo strada un giovane titolare di cattedra, Giorgio Ribotta. Nel panorama romano sono poi da segnalare i fratelli Stipa, Sergio e Vincenzo, rinomati nell'ambiente medico per il

«caratterino» che li accomuna. Sempre al Policlinico, la «crème» degli specialisti è composta dal cardiocirurgo di fama internazionale Giuseppe Marino («Pino» per i colleghi) e Costante Ricci, luminare della chirurgia toracica. Per l'ortopedia, oltre al Cto della Garbatella, si parla di Fineschi del Gemelli. Al Fatebenefratelli, il piccolo ospedale cattolico sull'isola Tiberina, tutti i ricoverati chiedono del professor Giuseppe Cucchiara.

### Le speranze dei bambini

Un discorso a parte merita la neurochirurgia infantile; quel delicato settore della medicina che cura malfor-

mazioni congenite, emorragie cerebrali, tumori, traumi e soprattutto idrocefalie. Nel panorama ospedaliero romano sono soltanto due le strutture che possiedono reparti specialistici. Una di queste è all'ospedale San Camillo, dove è in funzione un moderno reparto diretto dal professor Stefano Esposito, completamente ristrutturato quattro anni fa. Si tratta di sei letti in tutto, con inoltre, la possibilità di usufruire di altri posti nel reparto di chirurgia pediatrica. Soltanto per alcune analisi come le biopsie, l'ospedale è costretto a fare ricorso a strutture esterne. L'altra possibilità è offerta dal policlinico Gemelli; in tutto quattordici posti letto dove opera il professor Concezio Di Rocco. Il reparto è famoso perché è l'unico dove si cura chirurgicamente l'epilessia.

## I dati forniti dall'Istituto superiore di sanità «Troppe morti nel Lazio servono più controlli»

Morire d'ospedale non è solo restare sotto i ferri durante un'operazione disperata o andare in coma per un farmaco avariato. Si può perdere la vita per errori che potevano essere evitati, per «stupidaggini» come togliersi un calcolo, un nodulo al seno. Perché? È tutta responsabilità del chirurgo? A colloquio con Maria Luisa Moro che si occupa di prevenzione all'Istituto superiore di sanità.

### buona riuscita di una operazione semplice?

Ammesso che esistano operazioni «semplici», si può dire che il bisturi del chirurgo è sempre un elemento essenziale. Anche se la cura del paziente è infelice, l'importante è una tecnica chirurgica che fissa a non creare necrosi e a incidere con precisione. Poi serve una camera operatoria con un impianto di ventilazione a norma, ferri sterilizzati, guanti. Ma più d'ogni altra cosa sarebbe fondamentale che le liste di interventi fossero ordinate in base ai rischi. Faccio un esempio. Se all'inizio della mattina la sala operatoria ha operato un malato di epatite e non si è fatto in tempo a sterilizzarla, gli interventi che seguiranno saranno «sporchi».

### Ci sono controlli?

L'Organizzazione mondiale della sanità ha scelto di non fissare prescrizioni rigide, perché gli studi sono in continua evoluzione. Esiste una circolare di raccomandazioni del tipo «evitare terapie endovenose, drenaggi aperti e cateteri allo stretto indispensabile» oppure «prescrivere antibiotici con il supporto di analisi microbiologiche» e non per prassi. Serve molto personale per fare tutto ciò. Come istituto superiore di sanità stiamo avviando un programma che permetta di mettere a confronto i risultati delle varie chirurgie. A Roma l'ospedale San Camillo si è impegnato ad attivare un'équipe stabile di sorveglianza delle infezioni e il confronto dei dati delle cartelle cliniche. □ R.G.

Infezioni ospedaliere: negli ultimi dieci anni a Roma sono stati catalogati sotto questa voce almeno una decina di processi che hanno visto alla sbarra altrettanti celebri chirurghi e medici meno noti. Ma le morti «da ospedale», per una ferita che non si vuole cicatrizzare, per un drenaggio o un catetere messo male, sono molte, molte di più. Nel Lazio, in base all'unico studio disponibile, che risale al 1983, la percentuale è tra le più alte: l'8,3%, quasi come negli Stati Uniti nel 1971. Con la differenza che a partire dagli anni '70, quando ci si è accorti che le infezioni ospedaliere venivano al quarto posto nella graduatoria delle cause di morti, negli Usa è scattato un serio programma di prevenzione. In Italia invece capire cosa si intendeva quando si parla di «errori nella sanità» è difficile quasi quanto sapere l'indice di mortalità di un cardiocirurgo. C'è un muro di immunità, i medici in genere si difendono come categoria», spiega De Russis del Codacons, l'organizzazione di cittadini e utenti che al pari del Tribunale dei diritti dei malati fornisce l'assistenza legale ai familiari delle vittime ospedaliere. La prevenzione però non si fa nelle aule di giustizia. Chi si dibatte da anni a livello nazionale in questa materia dalla consistenza vischiosa è Maria Luisa Moro, del dipartimento di epidemiologia e biostatistica dell'Istituto superiore di sanità.

Come si prendono le infezioni ospedaliere? In una infinità di modi. Molto dipende dallo stato di salute del malato al momento del ricovero. I più deboli sono sempre i più predisposti. Non a caso si tratta degli ultrasessantenni e dei bambini nel primo anno di vita. Le infezioni alle vie urinarie, prevalenti nei reparti geriatrici, sono in assoluto le più frequenti tranne che in neonatologia dove sono più diffuse le gastroenteriti e in terapia intensiva dove invece il rischio è per le basse vie respiratorie. Più a lungo si sta in ospedale è maggiore è la probabilità di contrarre un'infezione da batteri resistenti, cioè selezionati a vivere in quell'ambiente. I pericoli aumentano negli ospedali più grandi, nelle corsie affollate.

E la mano del chirurgo quanto importanza ha nella



## Gianfranco Fegiz, vip della medicina internazionale «Mago quasi per caso Una passione nata così...»

Come si fa a diventare chirurghi famosi? Grazie a una scelta casuale cui subentra, successivamente, una passione. I «bisturi d'oro», i baroni della medicina, quella razza a parte, cui si guarda con ammirazione, diventano leader per caso, intelligenza e abilità manuale. Parla il professor Gianfranco Fegiz, direttore della prima clinica chirurgica del Policlinico Umberto I, oncologo di fama internazionale.

### Come è riuscito a diventare un «bisturi d'oro»?

Quasi per caso: come è per molti in questa professione. Per caso ci si specializza in un settore, per caso diventa leader in un campo specifico, e per abitudine o per passione si finisce poi col farlo meglio di altri. La figura del «luminare», del chirurgo cui si guarda con maggiore ammirazione, non scomparirà mai; anche se accanto si arriverà ad un livellamento della qualità. La chirurgia è l'espressione del rapporto indissolubile mano-cervello: malgrado tutte le tecnologie di questo mondo ci sarà sempre il più bravo e il meno bravo.

### Veniamo al problema delle corsie. Quali difficoltà o impedimenti incontra il malato che desidera sia lei ad effettuare l'intervento?

Io credo ci sia una difficoltà unica: quella di trovare il posto letto. Il numero delle richieste supera di molto la nostra disponibilità reale. In genere cerchiamo di privilegiare i pazienti che hanno patologie più importanti, la chirurgia minore cerchiamo di dirottare in altre strutture. Ma, per assurdo, suc-

cede che un paziente con una patologia leggera trovi prima o poi il posto letto e il malato che ha una necessità urgente finisce per andare in un altro ospedale. Siamo arrivati a liste d'attesa anche di 100 e più pazienti. Una soluzione è non far soggiornare i malati operati troppo a lungo, perché evidentemente più è lunga la degenza più è difficile avere un nuovo posto letto disponibile.

### Riesce a rispettare le priorità d'urgenza e ad operare in tempo i pazienti particolarmente gravi?

Il ritardo quasi sempre è dovuto a due fattori: la difficoltà di entrare materialmente e quella di poter essere inseriti nella lista operatoria in tempo. La priorità naturalmente la diamo noi chirurghi anche se nella scelta di privilegiare una patologia complessa rispetto a un'altra, siamo spesso accusati, come universitari, di farlo solo per motivi di prestigio. Certo non manca da parte nostra l'interesse scientifico ma anche la convinzione che alcune cose possono essere curate meglio nel nostro reparto.

### Per cosa è costretto a protestare nel suo reparto?

Sono decenni che io combatto una battaglia inutile, perduta forse in partenza: riuscire a far funzionare bene il mio reparto. Ma la mancanza di personale paramedico condiziona tutto; sono convinto che se il problema venisse risolto, il 90% dei guai della sanità italiana verrebbero meno. Una volta lavoravamo su 5 sale operatorie, adesso su 3 e dobbiamo alternarci. Io posso operare il martedì, il giovedì e qualche volta il venerdì. Una volta operavo tutti i giorni.

### Ci sono tecniche nuove d'intervento grazie alle quali i pazienti scelgono il suo bisturi?

La chirurgia di base non viene stravolta dalle tecnologie attuali. Tuttavia a noi non mancano attrezzature anche sofisticate; proprio in rapporto alla riduzione dei tempi di degenza cerchiamo di fare interventi che abbiano un decorso operatorio più lineare adottando, ad esempio, le cuclitrici meccaniche. Con l'ecografia interoperatoria con gli ultrasuoni, possiamo conoscere in anticipo l'esistenza e la localizzazione di eventuali metastasi e trattarle durante l'intervento.

### Tra i pazienti, secondo lei, quanti si sentono più protetti in un ospedale pubblico piuttosto che in uno privato?

Spesso si sono messe sotto accusa le strutture private, e qualche volta a ragione. Diciamo che alcune case di cura hanno attrezzature buone, altre le hanno pessime. Il problema è, a mio parere, non andarci a lavorare. □ An.7.