



Rosy Bindi chiede una relazione dettagliata ai vertici dell'Umberto I sulle cause dell'epidemia

## Caccia al misterioso virus che acceca Sotto accusa il Policlinico di Roma

### Quattro persone infettate, il germe si annida nella sala operatoria

ROMA. Non ha un nome, una sigla. E non appartiene neppure a un ceppo noto il batterio che ha colpito quattro pazienti del Policlinico Umberto I di Roma, trasformando un'operazione di routine - l'asportazione delle cataratte - in una tragedia. L'unico dato certo è che si tratta di un'epidemia dalle proporzioni ridotte ma dai risvolti oscuri, misteriosi. A due pazienti - Lucia Caporusco di 86 anni ed Emma Biondo di 66 - sono già stati espuntati i bulbi oculari, altri due malati hanno perso la vista. Questi ultimi sono sotto terapia antibiotica massiccia: i medici stanno tentando di evitare l'«exenteratio», l'asportazione chirurgica dell'occhio. Le loro condizioni sono stazionarie. Nel senso che l'infezione non si è ulteriormente propagata ma non è stata neppure assorbita dai farmaci.

Il ministro della Sanità, Rosy Bindi, ha chiesto un rapporto ai dirigenti del Policlinico. «Voglio una relazione dettagliata sull'episodio che è costato la vista a quattro degenzati - scrive la Bindi in una nota - E voglio essere informata sulle cause, le misure adottate e l'esito degli accertamenti». Alla luce di quanto emergerà, il ministro non esclude di attivare nei prossimi giorni anche il servizio ispettivo del dicastero.

Un'infezione micidiale, ignota quella che si è sviluppata nel reparto oculistica della clinica universitaria. «Non siamo ancora in grado di dire che tipo di germe sia - spiega

Gianfranco Tarsitani, direttore sanitario dell'Umberto I - È un agente patogeno non ancora identificato. Ma la caccia è aperta. Troveremo questo organismo microscopico e virulento. Dobbiamo trovarlo». Sembra fantascienza e invece è tuttora.

Un batterio sconosciuto si annida probabilmente nella sala operatoria del reparto. Ed è proprio lì che sono concentrate le ricerche. La clinica ora è off limits. Rimandati tutti gli interventi, anche i più urgenti. La camera chirurgica è sigillata. L'ingresso è consentito soltanto all'equipe del professor Gaetano Maria Fara, direttore dell'Istituto d'igiene dell'università La Sapienza. Ieri mattina è stata condotta la prima indagine epidemiologica-ambientale. «Difficile dire che tipo di microbo sia - sostiene Fara - Potrebbe essere un batterio o un micete, sicuramente non un virus. Ma le certezze sono poche perché l'operazione risale a lunedì. Sono passati cinque giorni. Troppi. Non siamo sicuri neppure di poter individuare l'agente patogeno. Stiamo, comunque, procedendo attraverso i confronti con quanto isolato sul bulbo oculare dei pazienti infettati e i microrganismi che cercheremo sui ferri chirurgici, nei liquidi che servono ad disinfezzarli, nell'ambiente».

Un rebus, insomma. Tutto ha inizio, per l'appunto, lunedì scorso. Otto persone vengono ricoverate nel reparto di clinica oculistica di-

retto dal professor Mario Pannarale. Devono sottoporsi all'asportazione delle cataratte senili. Un intervento semplicissimo per la moderna chirurgia. I pazienti hanno età compresa tra i 66 e gli 89 anni. A operazione conclusa positivamente, quattro di loro escono dalla sala operatoria senza accusare disturbi, altri quattro iniziano, invece, a presentare delle complicazioni nel giro di poche ore. Forti dolori, nausea. «Ho capito subito che si trattava di un'infezione seria, molto seria - racconta il professor Roberto Grenga, l'aiuto anziano del primario - Uno solo dei due occhi operati presentava in tutti e quattro i casi la stessa patologia. Si chiama endoftalmitide. L'infezione si è estesa con una velocità impressionante coinvolgendo anche i tessuti pericoculari. Il rischio era che l'agente patogeno raggiungesse il nervo ottico e da lì si propagasse al cervello. Le conseguenze avrebbero potuto essere ancora più drammatiche. Il bulbo oculare dei quattro pazienti era già perforato. Significa che la vista era definitivamente compromessa. Con due malate - prosegue Grenga - siamo stati costretti a procedere all'asportazione del bulbo. Per ridurre al minimo i danni, non avevamo altre scelte. Con gli altri due stiamo tentando il possibile per conservare almeno l'occhio».

Ora i quattro ricoverati, ignari di quanto accaduto, sono stati isolati. I medici s'affrettano a dire che il con-

tagio non è automatico, che la endoftalmitide è un'infezione che si contrae solo per ferite chirurgiche. Ma l'atmosfera a clinica oculistica è tesa. I familiari dei pazienti hanno paura del germe killer e perfino al pronto soccorso oftalmico la gente si muove con sospetto. Questo batterio sconosciuto, indefinito potrebbe mettere altre vittime? E come si propaga? Nessuna risposta è certa finché non ne verrà individuata la natura. Intanto, la sala operatoria rimane chiusa. Igienisti e microbiologi della «Sapienza», il più importante ateneo romano, stanno procedendo con le colture per isolare il germe e identificarlo. E perfino i carabinieri del Nas hanno «visitato» il reparto. «A scopo precauzionale», dicono.

Il professor Grenga, che assiste i pazienti, è visibilmente scosso: «È un mistero - dice - Degli otto pazienti che ho operato solo quattro sono stati contagiati dal germe. I primi due e gli ultimi due. Un caso? Non ho idea. So solo che l'infezione è stata repentina, impressionante. E ha colpito un solo occhio degli ammalati, senza estendersi all'altro. Ho provato con gli antibiotici. Non c'è stato nulla da fare. Lavoro in questo reparto dal '70 e la letteratura medica contempla numerosi casi di endoftalmitide post operatoria. Ma una forma così violenta non mi era mai capitata».

Daniela Amenta



L'ingresso della clinica Oculistica

Ansa

#### I PARENTI

## «Vogliamo essere subito risarciti»

Giovanna Orifici, 31 anni, è la figlia di Emma Biondo, una dei quattro pazienti che ha perso l'occhio dopo l'intervento per le cataratte. Capelli corvini, sguardo profondo e tristissimo, Giovanna si stupisce di sé, della propria determinazione. «Normalmente sono una persona timida, emotiva. E invece ho affrontato microfoni e telecamere con la grinta di un leone. Ho tanta rabbia addosso. E per questo che sono così lucida, nonostante non dorma da due giorni».

Come sono andate esattamente le cose?

Mia madre ci teneva a questo intervento. È una donna dinamica, piena di interessi. Le cataratte le impedivano di svolgere a pieno ritmo la sua vita. Lunedì scorso l'abbiamo accompagnata in reparto. Sapevamo che si trattava di un'operazione semplice, quasi ambulatoriale. Neppure lei era spaventata. È entrata in camera operatoria tranquilla e i medici hanno proceduto con un'anestesia locale. Quando è uscita stava male. Aveva forti dolori ad entrambi gli occhi. Pensavamo fosse normale. Ma il giorno dopo la situazione è peggiorata. Vomitava, non aveva forze. Il professor Grenga l'ha visitata alle 8 del mattino. E le ha tolto le bende.

E poi?

È tornato dopo un'ora. E ha continuato così per tutto il giorno, sottoponendola a terapia antibiotica. Mercoledì ha detto a me e a mio fratello che era necessario un altro intervento. Ci ha spiegato che doveva eviscerare il bulbo oculare, che mamma sarebbe rimasta cieca da un occhio ma che se non si procedeva in fretta l'infezione avrebbe potuto attaccare il cervello, provocare danni terribili. Abbiamo dato la nostra autorizzazione.

Sua madre è stata informata di quanto è accaduto?

No, non ancora. Non sappiamo come dirglielo. Sarà un colpo durissimo per lei. Mio fratello «piantona» la stanza per evitare che qualche cronista possa raggiungerla... Era entrata qui con la speranza di vederemiglio. E invece...

Crede che le carenze condizioni igieniche del reparto abbiano favorito l'insorgere dell'infezione?

Non lo so. Però la clinica era effettivamente molto sporca. Ed è impensabile che in uno degli ospedali più grandi del centro sud, i pazienti siano costretti a vivere e a curarsi in una situazione di tale degrado.

Adesso che farete?

Denunceremo questo episodio gravissimo alla magistratura. Voglio il risarcimento dei danni. Prendo che le spese per dotare mia madre di un occhio finto siano a carico dell'Umberto I, così come l'operazione e la degenza. E mi piacerebbe avere giustizia. Ma non ci spero.

Dan. Am.

Dan. Am.

#### L'INTERVISTA

## Il direttore sanitario: «Qui il degrado è terribile»

### Ma lo sporco non c'entra con le infezioni

ROMA. Odora di candeggina il reparto di oculistica. Lindo, asettico. Sembrano tirate a lucido perfino le antiche palme che incorniciano l'ingresso del severo padiglione color ocra.

«Sono corsi ai ripari stamattina all'alba (ieri per il giornale, ndr). Bravi, hanno fatto le pulizie di Pasqua - sbratta Franco Di Rollo, figlio di una delle pazienti a cui hanno asportato l'occhio - Dovevate essere qui nei giorni scorsi. Sacchetti d'immondizia abbandonati nei corridoi, lerciame ovunque. C'era d'aver paura a mettere la mano sul corrimano delle scale. Almeno due dita di polvere. Poi si stupiscono che alle persone vengono le infezioni... Io a mia madre lo avevo detto. «Vieni via, qui è uno schifo». Ma lei non mi ha ascoltato. Ed è andata come sapete. Uno entra per un motivo ed esce con un problema in più. E per giunta irreversibile. Una storia incredibile».

Gianfranco Tarsitani, direttore sanitario del Policlinico, non nega. «Le condizioni igienico-sanitarie dell'ospedale sono effettivamente drammatiche - ammette il professore - . Male cause che hanno portato allo sviluppo di questo batterio vanno ricercate altrove. Si tratta di germi molto resistenti, sempre più sofisticati e che si annidano ovunque, anche nelle stanze asettiche. Sono microrganismi definiti «nosocomiali», proprio perché hanno come caratteristica quella di «preferire» le strutture ospedaliere».

I malati denunciano il degrado del reparto. C'è chi sostiene che sulle scale che portano dal reparto alla sala operatoria siano stati trovati escrementi di animali. Urina

di gatto, per la precisione. Lei ne è a conoscenza?

Mi è stato riferito anche questo. Che dire? La situazione dell'Umber-



to è veramente complessa, problematica. Per questo abbiamo proceduto a una pulizia straordinaria. Per rispetto dei pazienti e dei loro familiari. Tutto lo staff medico e paramedico è mortificato, sgomento. Ma

non è pensabile che il degrado abbia portato all'espansione di questo batterio che dipende solo ed esclusivamente da ferite chirurgiche. Ne

### Nei reparti abbiamo trovato escrementi e urina

sono certo, ho una specializzazione ingegneristica.

Non è possibile che i chirurghi siano venuti a contatto con tanta sporcizia proprio prima di entrare nella sala operatoria?

Lo escludo. Prima di operare ci laviamo con detergenti particolari, indossiamo camici e calzature sterili. E la sala, dopo ogni intervento, viene disinfestata e bonificata grazie ai raggi ultravioletti. I ferri, poi, sono immersi in liquidi detergenti e in apparecchiature ad alta temperatura che uccidono i microbi.

E allora come spiega questa epidemia?

Le endoftalmitide, e più in generale le infezioni di questo tipo, sono aumentate in maniera vertiginosa proprio nei paesi tecnologicamente più avanzati. Nel passato si registrava un caso su 100 mila, oggi si verificano 2 casi su mille. L'incidenza è del 7%. Molto alta, quindi. Un terzo di queste patologie si contraggono nelle sale operatorie, durante gli

interventi. L'infezione può essere stata provocata da quattro fattori: l'ambiente operatorio, gli strumenti chirurgici, le procedure dell'intervento oppure il decorso post operatorio. In una di queste situazioni può verificarsi la contaminazione con dei microbi che poi hanno trovato terreno fertile negli occhi.

Adesso il reparto è inagibile?

Solo la sala operatoria è chiusa. In gergo lo chiamiamo il «blocco del 118». La situazione è sotto controllo nel senso più banale del termine. Voglio dire che abbiamo posticipato gli interventi. Abbiamo, inoltre, deciso di trasferire in altri ospedali i nove pazienti che avremmo dovuto operare tra ieri e oggi. Rimarremo così, in stand-by, finché non avremo capito esattamente cosa è successo. È il minimo che si possa fare. Ogni rischio va accuratamente evitato.

Dan. Am.

Dan. Am.

#### Multitrapianto a Genova su una bimba

«L'attecchimento del fegato è praticamente perfetto. Nei prossimi giorni la bimba potrà probabilmente uscire dalla terapia intensiva». Il professor Umberto Valente, responsabile del Centro trapianti di San Martino a Genova, commenta positivamente la situazione della giovane paziente che nei giorni scorsi è stata sottoposta a trapianto multiplo di un segmento di fegato e di un rene. «Attualmente - ha spiegato il professor Valente - gli unici rischi sono legati alla situazione immunologica». La bambina, di un piccolo paese della Puglia, era affetta da una grave patologia metabolica congenita che, primitivamente epatica, aveva poi colpito i reni.

#### LA RICERCA

In cateteri, respiratori e termometri si annida il terribile «Pseudomonas»

## In corsia infezione assicurata per l'8% dei degenzati

Ma nella lotta ai batteri si accende una nuova speranza: dagli Usa la scoperta che un gene potrebbe annientarli.

ROMA. Su cento persone ricoverate in ospedale, in media sette vengono colpite da un'infezione e si calcola che, sul totale delle infezioni nei reparti una su tre possa essere evitata con una maggiore attenzione all'igiene. È questa la realtà che emerge dai dati internazionali, confermata dai risultati del più recente studio italiano su questo tema, da cui risulta che le infezioni colpiscono il 6%-8% dei ricoverati in ospedale. A correre i rischi maggiori sono i pazienti ricoverati in terapia intensiva. Per tutti, adulti, bambini e neonati, l'insidia maggiore viene da un batterio chiamato Pseudomonas, che costruisce vere e proprie colonie inespugnabili attorno alle cannule di apparecchi per la respirazione assistita e cateteri. Evitare le infezioni dipende per due terzi dalle condizioni di salute dei pazienti e per un terzo dal rispetto delle regole igieniche fondamentali (come lavarsi le mani o indossare guanti e mascherina quando è necessario) per evitare la

trasmissione di microrganismi dal personale sanitario ai pazienti. In passato studi pubblicati su riviste autorevoli hanno messo sotto accusa termometri, stetoscopi e perfino le fedie nuziali di medici e infermieri, sotto le quali i batteri si annidano con una densità quasi nove volte maggiore che sulla cute. Recentemente sono state accusate anche le penne dei medici, indicate come uno dei più frequenti veicoli di infezione negli ospedali.

Negli ospedali ci sono numerosissimi altri serbatoi di infezione e, tra questi, tutti gli studi puntano il dito sull'uso scorretto dei liquidi disinfettanti che possono trasformarsi così in veicolo di infezione (ad esempio se gli strumenti vi rimangono immersi troppo a lungo).

Gli stessi rischi si corrono in sala operatoria, dove diventano pericolosi anche i microrganismi presenti nell'aria. Ecco perché è necessario rispettare rigorosamente alcune regole, in grado di evitare il

35% delle infezioni. Ecco perché, oltre a terapia antibiotica preventiva per il paziente, abbigliamento corretto per medici e infermieri e disinfezione rigorosa degli strumenti chirurgici, sono importanti frequenti ricambi d'aria, presenza di un numero limitato di persone, parlare il meno possibile e non tossire.

Ma nella guerra ai batteri si accende una nuova speranza. È infatti racchiuso in un gene il segreto della nuova arma che i biologi si preparano a mettere a punto per combattere le infezioni.

L'obiettivo sono le cortine che i batteri costruiscono serrandosi gli uni con gli altri: pellicole invisibili e pericolose chiamate biofilm e finora resistenti agli attacchi di antibiotici e detergenti. La nuova via della lotta alle infezioni è descritta su «Science» da un gruppo di microbiologi di diverse università statunitensi. Tra i batteri sotto tiro c'è proprio lo Pseudomonas, pericoloso soprattutto per chi ha subi-

to ustioni o interventi chirurgici, per i polmoni dei bambini malati di fibrosi cistica, il batterio forma inoltre pericolosi biofilm intorno ai cateteri, agli apparecchi per la respirazione artificiale e ad altre attrezzature.

I batteri costruiscono i film inviandosi messaggi chimici. Riescono cioè a comunicare e ad aggregarsi grazie a una fitta corrispondenza in cui le lettere sono sostituite da molecole. Proprio queste molecole, chiamate las-I sono l'obiettivo dei ricercatori. Senza questi messaggi, infatti, i batteri non riescono più a comunicare e quindi unirsi per formare il pericoloso film.

I microbiologi hanno così scoperto che si può disturbare la comunicazione tra i batteri alterando il gene che produce la molecola las-I. Una volta alterato, il gene contiene istruzioni sbagliate per la costruzione della molecola e il film diventa più debole se aggredito da detergenti e antibiotici.

#### Il Tribunale del malato: «Altri casi anche a Milano»

Non sono, purtroppo, isolati i casi di infezione che a Roma hanno provocato la perdita di un occhio in quattro pazienti. Episodi analoghi sono stati denunciati al Tribunale per i diritti del malato (Tdm) da Milano, Napoli, Foggia. Da Bari sono giunte tre segnalazioni nello stesso giorno. Lo ha reso noto oggi in un comunicato lo stesso Tdm. Nella nota il Tdm annuncia inoltre la decisione di farsi promotore di un «tavolo per la sicurezza da realizzarsi su scala nazionale e al livello locale, con tutti i soggetti coinvolti, per la definizione di interventi urgenti al fine di tutelare concretamente il diritto dei cittadini». Nei casi denunciati al centralino del Tdm, riferisce la nota, i pazienti hanno perso l'occhio dopo un'operazione di cataratta per la «scarsa igiene» di ferri chirurgici e sala operatoria. Altre infezioni si verificano in ospedale dopo l'applicazione di protesi, cure dentistiche e trasfusioni di sangue. Sul Policlinico di Roma, infine, il Tdm rileva che «solo pochi giorni fa» il Centro per i diritti del malato ha chiesto l'intervento dei Nas di fronte a problemi di igiene».