

Insieme al Direttore Antonello Rapisarda abbiamo sentito l'esigenza di aprire questa nuova rubrica "Le interviste di Oftalmologia Domani" con lo scopo di far conoscere come si svolge nel quotidiano la vita professionale di alcuni protagonisti dell'Oftalmologia in Italia, e di fotografare, per quanto è possibile, le diverse realtà esistenti sul nostro territorio.

I colleghi che incontreremo rispondono alle esigenze sanitarie emergenti in campo oftalmologico con la loro attività e dell'equipe che dirigono, e la loro personalità spesso caratterizza tutta la struttura dove operano.

La vita professionale di ciascuno ha superato tutte le tappe del percorso ospedaliero, universitario o nella libera professione, raggiungendo posizioni apicali e di prestigio. Il fine di queste inchieste lungo la nostra penisola non è quello di esaltare questo o quel collega, ma di offrire in modo diretto uno spaccato della loro esperienza professionale ed umana, che possa aiutare le nuove generazioni nelle difficoltà che li attendono.



Attraverso le domande conosceremo differenti realtà sanitarie non sempre sotto la luce dei riflettori, e la risposta offerta alle patologie oftalmologiche, semplici e più complesse. La struttura sanitaria resta l'elemento prioritario. Le capacità organizzative dei singoli dirigenti determinano la qualità finale delle prestazioni offerte, e questa rispondenza si ritrova nelle valutazioni di gradimento degli utenti.

Oneri ed onori per il nostro intervistato, oltre ad una grande responsabilità.

Gli aspetti umani e professionali che di volta in volta emergeranno vanno oltre la semplice curiosità.

Siamo fiduciosi che questa nuova rubrica risconterà il favore dei lettori, potrà essere di monito alle nuove generazioni nel fare di più e meglio, e di incoraggiamento nell'affrontare gli ostacoli della loro vita di oculisti. Non per ultimo conoscere i percorsi di vita professionale di tanti illustri colleghi offrirà, per chi è più avanti negli anni, un personale confronto sia nel dividerne i momenti comuni che nel rilevarne le inevitabili differenze.

Intervista al Dott. Romeo Altafini

Direttore UOC Oculistica - Ospedale di Dolo - ULSS 3 Serenissima

Dottor Romeo Altafini lei dirige i Presidi Ospedalieri di Dolo e Mirano, dopo aver iniziato la sua attività ospedaliera prima a Bassano del Grappa e, successivamente, dirigendo il "Glaucoma Unit" dell'Ospedale di Vicenza. Quale esperienza si sente di raccontare ai nostri colleghi lettori?

Caro Amedeo innanzitutto mi complimento per questa tua iniziativa che permette a tutti di raccontare le proprie esperienze scoprendo anche qualche lato meno "ufficiale", e offre il modo di far conoscere la persona, non solo il professionista. Sono arrivato a dirigere l'UOC di Oculistica dei Presidi di Dolo e Mirano alla fine del 2015. Ho iniziato il mio percorso ospedaliero nel 1990 a Bassano del Grappa, appena tre mesi dopo essermi



specializzato presso la Clinica Oculistica dell'Università di Padova.

A Bassano del Grappa che ho sempre nel cuore, ho avuto la fortuna di formarmi prima con il Prof. Ferraris de Gaspare, allievo di G.B. Bietti, e poi con il Dott. Carlentini che gli è succeduto e, infine, a contatto della Dott.ssa Morselli, ben nota a tutti. Questi Maestri mi hanno saputo trasmettere, con

impronta del tutto personale, oltre le loro competenze, le tecniche che sono state basilari nella mia vita professionale e, inoltre, non meno importanti, curiosità, entusiasmo e il rigore scientifico. Del tempo trascorso con il Professor Ferraris, Uomo di altri tempi, ricordo i briefing delle 7,00 del mattino in cui parlavamo di tutto, dai casi clinici, agli ultimi articoli scientifici.

Internet era agli albori e la cultura doveva essere costruita giorno dopo giorno, consultando articoli in biblioteca, riviste, libri, leggendo di notte e relazionando al mattino; non mancavano mai però gli sprazzi di arte, musica e politica, molto edificanti. Carlentini mi aiutato e spronato non solo a crescere nella conoscenza dell'Oftalmologia ma anche, soprattutto, mi ha trasmesso la sua passione per il glaucoma. Così ho potuto partecipare a congressi, organizzare corsi, invitare persone molto esperte che hanno contribuito ad arricchire le conoscenze mie e di tutti gli oculisti del territorio. Il risultato è stato un netto miglioramento dell'approccio al paziente, del suo trattamento, permettendo al nostro presidio di diventare Centro di Riferimento Regionale per l'Otticopatia Glaucomatosa. E poi è stata la volta della Dott.ssa Morselli, con la sua carica di dinamismo, praticità ed organizzazione, con un approccio moderno del Reparto, in linea con i nuovi indirizzi sanitari che prevedono, oltre la qualità del servizio, nuove programmazioni, budget, tetti di spesa e, naturalmente, alta produttività.

Dei 23 lunghi anni trascorsi a Bassano del Grappa ho un ricordo bellissimo; sono stati anni fondamentali, vissuti in un ambiente frizzante, con colleghi giovani ma di grande competenza, che hanno poi avuto una luminosa carriera, come il dott. Galan ed il dott. Marcon. In quel Reparto sono stato per un anno direttore incaricato durante un interregno primario. Nel 2013 il Dott. Roberto Cian, Primario di Vicenza, mi ha chiesto di aiutarlo ad organizzare un centro glaucoma di largo respiro a Vicenza, Città nella quale abito da oltre trent'anni. Devo dirti che la decisione non è stata facile. Lasciare una sede in cui arrivi da giovane e trascorri molti anni è a volte lacerante, per il rapporto che si stabilisce con i pazienti e tutto il personale. Ma il progetto che poi abbiamo chiamato "Glaucoma Unit" era molto interessante, avevo voglia di rimettermi ancora in gioco e, quindi, accettai ben volentieri. Devo dire che ho trascorso a Vicenza due anni molto intensi, trovando persone giovani di grande entusiasmo, con competenze sulla chirurgia vitreoretinica che volevo approfondire, offrendo in cambio una "Glaucoma Unit" articolata oltre che nella parte clinica, anche con un'intensa chirurgica, non trascurando la parte culturale, con la responsabilità di incontri e congressi. A Vicenza, per lo spiccato indirizzo vitreoretinico della sede, ho dovuto affrontare forme di glaucoma secondario difficili e complessi. Ho così perfezionato ulteriormente le tecniche di impianto valvolare con o senza

il trattamento sui corpi ciliari, a cui spesso bisogna ricorrere dopo il fallimento di una chirurgia inizialmente filtrante.

Nell'Ottobre del 2015 ho cominciato una ulteriore "nuova avventura" come Direttore della UOC di Oculistica del Distretto di Dolo-Mirano, vasto territorio su cui gravitano 270 mila abitanti, compreso tra Venezia e Padova lungo la Riviera del Brenta. In questo comprensorio ho trovato colleghi competenti e preparati che con me collaborano ad affrontare le esigenze sempre più complesse delle patologie oftalmiche, alle quali cerco di rispondere nel migliore dei modi, con il loro aiuto e l'esperienza maturata in questi lunghi anni. Cosa trae da questo mio percorso?

Che la propria crescita si concretizza giorno dopo giorno, continua in qualsiasi sede ti trovi ad operare, che non bisogna avere paura di lasciare il luogo dove hai ormai consolidato le tue basi e hai sicurezze e, infine, che il confronto/scontro con i cambiamenti è sempre positivo, spesso foriero di ulteriori possibilità di crescita umana e professionale.

Come vede cambiare il mondo dell'Oftalmologia? In senso positivo o negativo?

Nell'Oftalmologia vi è sempre un grande fermento, soprattutto nel versante tecnologico.

Dobbiamo costantemente adeguarci mentalmente a nuove realtà diagnostico-chirurgiche, e le nostre scelte terapeutiche sono di giorno in giorno sempre più raffinate e complesse.

Traendo spunto dalla terapia per l'AMD, si affacciano all'orizzonte nuovi farmaci, nuove ed inedite vie di somministrazione (intravitreali, intracamerali, long acting, etc.), e si aprono nuove prospettive anche nella cura della patologia che più mi appassiona, il glaucoma.

Quindi mi aspetto un futuro in cui dovremo essere pronti a grandi cambiamenti, in cui probabilmente l'attuale strutturazione piuttosto rigida tra territorio ed ospedale dovrà essere ridimensionata, con lo spostamento di molte attività chirurgiche a livello ambulatoriale, con allestimento di strutture pronte a rispondere alle esigenze di una popolazione che vede aumentare la propria età media e, spesso, si mantiene dinamicamente attiva.

Ma come sempre la realtà ci propone luci ed ombre. Un risvolto dell'eccessivo tecnicismo è la tendenza a privilegiare più il rapporto medico-macchina che medico-paziente, con inevitabili ricadute sulla compliance dei nostri malati.

Il risultato? Che passiamo molto più tempo dando le spalle al paziente e guardando il monitor per compilare cartelle computerizzate, analizzare referti, proposte di nuovi esami, ricette elettroniche, conferma di successivi appuntamenti. Se facciamo una corretta analisi delle nostre tempistiche di lavoro, il tempo “tecnologico\burocratico” supera il tempo che dedichiamo alla visita, al colloquio, dimenticandoci che la diagnosi e anche parte della stadiazione (nel caso del glaucoma) per l’80% dei casi può essere fatta in modo low-tech, con un’attenta visita in ambulatorio territoriale.

Altro elemento negativo che stiamo vivendo adesso è l’onda lunga di una scarsa programmazione e progressiva riduzione delle risorse economiche, a cui si è aggiunta una riduzione delle risorse umane con il blocco ad oltranza del turn-over, che ha sicuramente impedito l’innesto di giovani specialisti e, quindi, nuove energie e nuove idee nei nostri nosocomi.

La sua passione è il glaucoma. Le tecniche chirurgiche minimamente invasive MIGS sono veramente una svolta nella chirurgia del glaucoma? Quali i limiti e quali le prospettive?

Nel mio lavoro ho sempre cercato un approccio chirurgico standardizzato e microinvasivo, particolarmente sviluppato con la Dott.ssa Morselli, che aveva una grande esperienza sulla chirurgia mininvasiva della cataratta. Questa corrente di pensiero ha permesso all’Oftalmologia di fare grandi passi in avanti nella chirurgia della cataratta, vitreoretinica e della cornea.

Inevitabile che anche la chirurgia del glaucoma vada verso questa strada, e le MIGS, nonostante luci, ombre, e inevitabili insuccessi, saranno sicuramente l’approccio del futuro per il paziente glaucomatoso. Ma vediamo di porre un po’ di ordine iniziando con la definizione di Minimally-invasive glaucoma surgeries (MIGS). Si tratta di un approccio mininvasivo per pazienti con glaucoma iniziale o moderato o intollerante alla terapia medica standard. Sono procedure che prevedono un approccio ab-interno con minimo trauma, nessuna o scarsa dissezione sclerale, minima o nessuna manipolazione congiuntivale, con elevato profilo di sicurezza e rapido recupero. Sono divise in trabeculari, sopracoroideali e sottocongiuntivali.

La MIGS sicuramente è l’approccio migliore quando scegliamo una chirurgia combinata con più finalità diverse. La prima è quella di dare un risultato rifrattivo (il paziente dopo l’intervento di cataratta si aspetta di vedere molto meglio...) e il secondo è quello di

migliorare la pressione oculare. Dobbiamo dare le corrette informazioni cercando di spiegare il risultato principale che ci aspettiamo (refrattivo e/o ipotonizzante) e le realistiche aspettative post-operatorie.

Nelle mie mani ma anche confrontandomi con gli studi pubblicati, a tutt’oggi le tecniche che sfruttano le vie intracamerulari trabeculari e sopracoroideali sono ancora in via di conferma con alternanza di luci ed ombre. Stiamo acquisendo notevole esperienza con il bypass sottocongiuntivale per via intracamerulare con oltre 50 impianti sia in chirurgia combinata che in pazienti già pseudofachici. I risultati che stanno emergendo sono molto interessanti, e la tecnica devo dire mi piace molto per due ordini di motivi: primo è effettivamente un intervento mininvasivo; superata la curva di apprendimento, risulta eseguibile con relativa facilità e velocità; secondo motivo, a differenza di altre tecniche mininvasive, non è per così dire, “one shot surgery”; il paziente, infatti, deve essere seguito come una chirurgia di bozza, eventualmente intervenendo “in corso d’opera” (needling, mobilità del tubo). Queste caratteristiche permettono di aumentare la sopravvivenza del nostro intervento. Un altro aspetto affatto secondario della chirurgia mininvasiva del glaucoma, che spesso ha decretato la prematura scomparsa di molte tecniche, è l’importanza del decorso post-operatorio.

Per avere buoni risultati è necessario avere competenza; non si conclude tutto con la fine dell’intervento, ma è necessario un’attenta valutazione e revisione proprie del chirurgo del glaucoma, abituato alla gestione post operatorie con tecniche di bozza o valvolare più complesse che, invece, un chirurgo rifrattivo e/o della cataratta spesso non è abituato. C’è la diffusa tendenza a considerare concluso il tutto con l’impianto drenante, e questo può essere causa di frequenti insuccessi.

Comunque il vantaggio principale di tutte queste tecniche che abbiamo oggi è effettivamente quello di riuscire a personalizzare al meglio la chirurgia del glaucoma e proporre al paziente quello che, in base allo stadio della malattia e alla sua situazione generale, risulta essere la soluzione migliore.

“L’arte rinnova i popoli e ne rivela la vita. Vano delle scene il diletto ove non miri a preparar l’avvenire.” Questa l’epigrafe scritta sul frontone del Teatro Massimo di Palermo, il più grande teatro lirico d’Italia. Le passioni artistiche in generale e per la pittura in particolare, come si rapportano con una frase così famosa, di autore sconosciuto, tanto profonda

di sentimenti e pathos? Che rapporto c'è tra la sua pittura e l'interesse scientifico per l'Oftalmologia?

La frase bene esprime il senso della ricerca dell'artista, dell'arte che guarda sempre oltre, che anticipa le nostre emozioni e getta, infine, uno sguardo nel futuro. I vari movimenti ed i singoli artisti che si sono succeduti nelle varie forme dell'arte non sono stati percepiti nel proprio tempo, per poi diventare sensazione emotiva universale nel futuro. Espressione estrema di questo crudele destino è Van Gogh, che nei dieci anni della sua ricerca artistica assoluta, conclusasi purtroppo con il suo suicidio, non vide apprezzate le sue opere dalla critica e dal pubblico, diventate, dopo la sua morte, un fenomeno emozionale universale, di massa. La mia passione per l'arte e in particolare per la pittura non ha origini intime e profonde comuni di ogni artista. Ho cercato di coltivare questa passione con rigore, cercando di trasportare sempre spontaneità nella pittura. Mi sono indirizzato alle opere di carta perché ho subito apprezzato l'immediatezza dell'acquarello che si presta e sposa bene con questo materiale. Ho frequentato l'Atelier del Maestro Toni Vedù, purtroppo prematuramente scomparso, che mi ha trasferito le necessarie competenze tecniche, affinate con il continuo esercizio quotidiano, con il risultato di una declinazione artistica del tutto intima e personale. Mi piace mischiare i materiali, carta, colori, colla, plastica, pellicole, cercando il senso compiuto del pensiero, dell'idea che medito per giorni prima di realizzare nel tratto pittorico i riverberi delle sensazioni che mi restano nella mente e nel cuore. Cosa accomuna un percorso artistico all'Oftalmologia? Diciamo che l'occhio ha sempre rappresentato per l'artista, per lo scrittore, per il filosofo un organo di senso particolarmente affascinante. Basti pensare a quello che ha scritto Arthur Schopenhauer nel suo saggio "La vista ed i colori": si capisce anche in quest'opera che il legame è molto stretto. Direi di più, che l'influenza e interdipendenza sono reciproche: l'occhio osserva il vissuto e permette di trasferirlo in un "manufatto" artistico. La ricerca ti permette di percepire il mondo attraverso un punto di vista diverso. Per essere trasferito in arte, e questo me lo ha insegnato l'Oftalmologia, è necessario un "rigore scientifico", fatto di applicazione, studio, esercizio, successi e dubbi, che spesso ti fanno strappare e ricominciare dall'inizio l'opera iniziata, per arrivare poi a tradurre, nel mio caso su di un banale pezzo di carta, con un miscuglio di d'acqua e pigmento, un frammento della mia percezione visiva, vissuta come un sogno lontano.

Quali sono le caratteristiche del suo reparto e quali le performance? Quali obiettivi si propone ancora nel percorso già così prestigioso della sua carriera?

Il reparto che mi trovo a dirigere è un piccolo gruppo di lavoro, molto affiatato, 6 colleghi ospedalieri che si integrano con altri 6 colleghi nel territorio che completano la mia squadra. L'attività naturalmente è fortemente strutturata nella diagnostica di primo livello nel territorio, con un'attività di secondo livello ospedaliero che prevede una diagnostica avanzata e la chirurgia. L'attività chirurgica è rivolta alla della cataratta con oltre 2200 impianti con tecnica MICS ed uso di lenti premium su casi selezionati, oltre naturalmente, in modo caratterizzante, più che in passato, l'attività parachirurgica e chirurgica del glaucoma, con l'utilizzo di tutte le tecniche d'avanguardia a nostra disposizione, laser SLT, diodi selettivi, trabeculectomia, ExPress e MIGS, come ho detto prima. Per gli impianti valvolari preferisco utilizzare le valvole di Ahmed con cui abbiamo nel tempo acquisito una buona esperienza.

Completano la nostra risposta la chirurgia complicata del segmento anteriore, la chirurgia corneale e palpebrale. Particolare attenzione poniamo all'aggiornamento scientifico con incontri e corsi, in particolare sul glaucoma, ai quali partecipano sia i colleghi del territorio che giovani specialisti provenienti da ogni parte d'Italia. Offriamo l'opportunità di vedere direttamente in reparto ed in sala operatoria la gestione del paziente dalla diagnosi alla chirurgia post-operatoria.

Gli obiettivi futuri sono di implementare l'attività chirurgica sul segmento posteriore e corneale, acquisire ancora maggiore competenza nel glaucoma proseguendo sulla strada tracciata delle di nuove tecniche, spesso sperimentali, oltre all'aggiornamento scientifico.

Ci sono a volte scelte che si vorrebbe non aver fatto. Lei ha di questi ripensamenti? Cosa cambierebbe del suo percorso professionale?

I dubbi fanno parte della natura dell'uomo, guai non averne. Considero molto di più le persone che mantengono una sana umiltà rispetto a coloro che, con il successo professionale, la perdono, arrivando all'arroganza. Dubbi a questo punto, direi per fortuna, ne ho molti e, spesso, mi accompagnano per lungo tempo. Caro Amedeo "l'unico che non sbaglia e quello che non fa" ma questo nella nostra professione non si concilia con il bene del paziente. E quindi ogni qual volta che prendi una responsabilità, una decisione, che imbocchi una nuova strada, i dubbi e i ripensamenti sulla scelta



Romeo Altafini - Red 18917 - acquarello con tecnica mista

ventaglio di opinioni su un problema non secondario. Le sembra un metodo giusto quello scelto per l'ingresso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia? Si selezionano veramente i giovani migliori? Lei come è messo con i quiz? Entrerebbe oggi in Medicina?

Il problema è primario e sarò lapidario. Scelta settaria e scellerata che ha impedito a molti giovani di avere l'opportunità di poter scegliere serenamente la facoltà che più piaceva e di mettersi alla prova. La durezza del percorso avrebbe selezionato le persone più adatte, e questa errata scelta si comincia a pagare adesso duramente con la necessità di importare competenze professionali. Quando io mi sono iscritto all'Università di Padova al primo anno di corso eravamo in 1800 ed alla fine ci siamo laureati in 300. Quindi i numeri finali oltre

ci sono sempre. Quante volte non abbiamo il risultato sperato dopo un intervento di glaucoma tecnicamente ben condotto? E allora mi chiedo se la strada scelta era la più giusta? Ma più che ripensamenti cerco di analizzare il perché degli eventi con atteggiamento criticamente costruttivo, ripensando ad ogni singolo passaggio (mi registro tutti gli interventi), rivaluto il mio comportamento, ne discuto con i miei collaboratori in modo da imparare dai dubbi e dagli errori se ve ne sono stati. La qualità si costruisce giorno dopo giorno e non è una banalità dire che impariamo molto di più dai nostri errori che dai nostri successi, come peraltro ricordiamo più i giorni tristi che i giorni felici.

Nel mio percorso professionale ho imparato che nonostante quello che io volessi, i vari passaggi che hanno segnato la mia crescita sono arrivati quando "dovevano arrivare", nel senso che ciascun momento di crescita deve poi essere consolidato, e questo ti permette di essere pronto al giorno che verrà.

Per ultimo le pongo la stessa domanda con cui ho deciso di terminare le mie interviste per dare un ampio

30 anni fa non erano diversi da quelli che vengono selezionati preventivamente adesso!!! Giocarsi il proprio futuro in un test e fallirlo per un 1/4 di punto è frustrante, e lo è molto di più per un giovane che magari è stato un più che brillante studente liceale. Insomma è un sistema che tende a selezionare più falsi positivi che falsi negativi, improponibile nella diagnosi di glaucoma!

Inoltre la selezione con questo bias iniziale crea comunque un gruppo che deve per forza arrivare alla fine del percorso, pena il non mantenimento del sistema e con un tasso di abbandono molto basso, e questo non è sinonimo di qualità e di eccellenza. Non ho mai provato a fare il test e difficilmente credo arriverei ad un punteggio accettabile, troppo lontani dagli studi del liceo. Se non entrassi non mi dispererei come in effetti hanno fatto tanti dei nostri migliori giovani, per i quali ho un grande rispetto. Questi giovani hanno cercato la loro strada altrove, avviandosi verso altri percorsi formativi, così da diventare eccellenti economisti, avvocati, architetti, etc. Io probabilmente mi sarei iscritto ad Architettura...!!! e chissà... ma tutto questo è un'altra storia.

Ciao e grazie!!!