



Un caffè con...

Dr. med. Luca Giovannacci

Viceprimario di chirurgia

Ospedale Regionale di Lugano

Intervista realizzata da Paolo Rossi Castelli

È tutta una questione di tempo. Se parliamo di chirurgia vascolare, in sala operatoria spesso bisogna correre, letteralmente, quando i pazienti hanno problemi come la rottura di un aneurisma dell'aorta, o la lesione sanguinante di un'arteria. *«La chirurgia vascolare è così - conferma Luca Giovannacci, viceprimario di questo settore all'Ospedale Regionale di Lugano. - Nei casi più acuti, la variabile tempo può salvare, o annullare una vita. Anche per questo il nostro lavoro viene considerato particolarmente difficile e delicato».*

Quando le arterie si chiudono, generalmente per un trombo o un embolo, la situazione non è meno delicata. *«Nell'occlusione acuta di una gamba - dice Giovannacci - il paziente sente dolori forti, la gamba diventa bianca e fredda, e bisogna ripristinare la normale circolazione sanguigna entro breve, altrimenti si creano danni irreversibili. In questi casi, però, abbiamo alcune ore di tempo, perché i muscoli resistono piuttosto bene all'assenza di ossigeno si può tentare di sciogliere il trombo iniettando sostanze apposite, attraverso un catetere. Ma se la situazione appare molto grave bisogna intervenire chirurgicamente, asportando il coagulo che ostruisce l'arteria o creando un bypass (una sorta di ponte)».*

Le urgenze vascolari possono verificarsi in qualunque momento, e dunque il reparto deve essere sempre pronto a intervenire, 24 ore su 24, ogni giorno dell'anno. È un compito che viene affidato a un'équipe di quattro chirurghi specializzati, oltre agli anestesisti e agli infermieri con una preparazione specifica in questo settore, suddivisi in turni per mantenere sempre un gruppo di lavoro pronto (d'altronde, Lugano è il centro di riferimento per tutto il Ticino). Nel caso delle patologie vascolari acute, le ambulanze portano direttamente al Civico i pazienti gravi, da ogni angolo del cantone, e l'ospedale si è attrezzato per rispondere al meglio.

Come dicevamo, la chirurgia vascolare è tecnicamente difficile. *«I problemi maggiori sono legati alle suture delle arterie - continua Giovannacci. - Bisogna usare fili sottili come un capello, e si opera con l'aiuto di lenti particolari, per eseguire un lavoro assolutamente preciso». Se la parete delle arterie ha uno spessore ridotto, diventa ancora più complicato suturare, e mantenere la circolazione. Ma tecniche sempre più sofisticate lo permettono».*

I tempi diventano molto più stretti nel caso degli aneurismi dell'aorta, cioè dei rigonfiamenti patologici di questa importantissima arteria (distribuisce il sangue ossigenato a tutto il corpo),

che si rivelano molto pericolosi se arrivano a "scoppiare". *«Quando l'aneurisma viene diagnosticato per tempo - dice Giovannacci - l'arteria può essere riparata sostituendo la parte malata con una protesi di poliestere (un materiale molto ben tollerato). Il chirurgo chiude l'aorta con due pinze speciali, subito sopra e subito sotto il rigonfiamento della parete, per poter inserire la protesi, ma deve lavorare molto velocemente, per evitare danni alle zone dell'organismo che non ricevono più sangue, in seguito a questo blocco temporaneo dell'arteria. Nei casi più complicati, quando l'aneurisma coinvolge le arterie renali, il tempo limite per suturare la protesi è di soli 30 minuti».*

Sembrano pochi? Ci sono casi - quando bisogna riparare (disostruire) un'altra arteria, la carotide - in cui quel margine di sicurezza si riduce addirittura a tre minuti soltanto. Come mai tempi così brevi? *«Perché la carotide è una delle vie principali che portano il sangue al cervello - spiega Giovannacci. - Normalmente, quando la blocchiamo (come si fa con l'aorta) per "aggiustarla", non succede nulla di particolare, perché il sangue arriva alla testa anche attraverso altri vasi, come le arterie vertebrali. Ma in certi pazienti le cose non vanno così (perché non c'è una compensazione sufficiente da parte delle altre arterie, senza che sia possibile prevederlo prima), e dunque il blocco della carotide riduce a zero l'irrorazione sanguigna di una parte del cervello. In questi casi il chirurgo ha solo quei tre rapidissimi minuti per inserire una sorta di bypass provvisorio, fra un capo e l'altro della carotide bloccata, in modo da ripristinare il flusso sanguigno. Dopo quei 180 secondi i neuroni del cervello, privati di ossigeno, andrebbero incontro a danni irreversibili. È una tensione grandissima, come si può immaginare. Ma poi, quando tutto viene eseguito al meglio e la carotide viene velocemente riparata, e il paziente sta bene, subentra un'emozione, un'euforia, in sala operatoria. E quando la sera torno a casa, prendo uno dei libri che mi rilassano (adoro i romanzi ambientati nel Medio Evo), ascolto la musica, mi preparo per una cena tranquilla...».*

All'Ospedale Civico gli interventi sulla carotide vengono eseguiti con il paziente sveglio, proprio per controllare il suo stato di vigilanza, e dunque l'irrorazione cerebrale. L'anestesista lo fa parlare e gli chiede anche di comprimere ritmicamente una pallina, che emette un fischio. Se il paziente non mostra problemi, anche quando la carotide viene bloccata dai chirurghi, c'è il tempo per agire con calma. Altrimenti, se il paziente perde conoscenza, non parla più o non comprime la pallina, scattano quei tre minuti per realizzare il bypass.

La chirurgia vascolare non si occupa, naturalmente, solo di urgenze. Molte operazioni riguardano, per esempio, l'ostruzione cronica delle arterie delle gambe (generalmente causata dall'aterosclerosi), oppure la preparazione di "fistole" per eseguire la dialisi. Pur essendo, anche questi, interventi impegnativi, permettono al chirurgo di operare con una certa tranquillità.

I chirurghi vascolari del Civico eseguono circa sessanta interventi all'anno sulla carotide, e un'altra settantina sull'aorta, per eliminare gli aneurismi. Di tutti questi, circa venti sono iper-acuti, cioè iper-urgenti e gravi. *«Sessanta-settanta interventi significano, nei fatti, operazioni che ormai sono diventate di routine, pur essendo così delicate - spiega Giovannacci. - E questo vuol dire maggiore sicurezza per i pazienti. Negli ultimi anni sono stati ottenuti progressi molto significativi, grazie anche all'accentramento di questa specializzazione in un unico ospedale. Per quanto riguarda gli interventi alla carotide, in particolare, gli standard internazionali prevedono che le complicazioni non debbano superare il cinque per cento dei casi. Noi siamo fermi all'uno per cento, e questo ci dà un forte orgoglio».*

Comunque sia, Giovannacci, classe 1964, non si fa spaventare dalle emergenze. Durante la sua carriera, iniziata a Locarno e poi passata attraverso Basilea, Soletta, Ginevra e Liverpool, ha lavorato per alcuni mesi anche in un ospedale di guerra, in Kenia, organizzato dalla Croce Rossa per le persone (militari e civili) ferite nel vicino Sud-Sudan. *«Era una chirurgia - racconta - ad ampio raggio, se vogliamo usare questo termine: pazienti con ferite gravi soprattutto agli arti, ma anche con patologie comuni (perforazioni intestinali, peritoniti, problemi del parto), che in quelle zone del mondo non si potevano curare. Una chirurgia più semplice, con meno mezzi. Un'esperienza umana più intensa. A differenza di quello che avviene negli ospedali maggiormente attrezzati, come i nostri, dove i pazienti hanno a che fare con diverse figure di medici, infermieri, tecnici, lì il rapporto era molto diretto, uno a uno: il chirurgo e il suo paziente. Una questione di fiducia, da conquistare a ogni costo...».*