

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 riscontrerà 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 condividere i momenti comuni che nel rilevarne le inevitabili differenze.

## Intervista al Dott. Claudio Carbonara

*Libero professionista, Roma*

**Dottor Carbonara il suo percorso di Oftalmologo è stato caratterizzato, dopo la formazione nella Clinica Oculistica del Policlinico Umberto I diretta dal Professor Mario Rosario Pannarale, dalla libera professione. Perché ha optato per il privato? È stata una scelta che rifarebbe? Ha rinunciato a qualche cosa?**



Caro Amedeo, come forse ricordi, ho terminato la specializzazione nel 1982, poco prima di te, senza avere alcuna idea circa il mio futuro. Ero abbastanza sicuro, perché durante la specializzazione avevo avuto, come te e pochi altri colleghi amici, l'opportunità di frequentare il reparto della clinica Oculistica diretto dal Prof. Franco Proto. Era un grande esperto di patologia del segmento anteriore: ci ha letteralmente presi per mano, come si fa con i bambini, insegnandoci tutto quello che poteva

e stimolando veramente tutto il nostro interesse per l'oftalmologia. Ci mise tutti in condizioni di lavorare al meglio fin da subito, insegnandoci non solo la patologia ma anche il rapporto personale con i pazienti.

Non appena terminata la specializzazione ho avuto l'offerta di lavorare con uno dei più bravi oftalmologi italiani, Alessandro Schirru, alla quale scuola anche tu ti sei

formato, e non ci ho pensato due volte ad accogliere il suo invito. Erano i tempi in cui iniziavano le prime faco ed i primi cristallini artificiali. Sono stato al suo fianco per anni e ho avuto modo di imparare veramente tutto quello che c'era da sapere sulla nuova chirurgia della cataratta, assistendo a migliaia di interventi, condotti con estrema maestria, e imparando a riconoscere e risolvere tutte le difficoltà che potevano sorgere. Una scuola del genere all'epoca non esisteva altrove e solo un pazzo ci

avrebbe rinunciato, anche se Alessandro era uno che dava moltissimo ma pretendeva altrettanto. Non c'erano sabati liberi, spesso lavoravamo fino a notte inoltrata anche nel fine settimana, e talvolta operavamo anche la domenica mattina. Quando le nostre strade si sono separate non ho avuto molte difficoltà a navigare in autonomia e a crescere professionalmente, e di questo gliene sarò sempre grato.

***Il Pronto Soccorso della Clinica Oculistica che insieme abbiamo frequentato è stato una fucina d'insegnamento per intere generazioni di oculisti. È veramente formativa l'esperienza della prima linea di un Pronto Soccorso? Quali insegnamenti ne ha tratto? E quali episodi vuole partecipare a chi leggerà quest'intervista?***

L'esperienza del Pronto Soccorso direi che è assolutamente indispensabile per un oftalmologo. Chi ha avuto occasione di lavorarci ha potuto vedere veramente di tutto, patologie che con estrema rarità si potrebbero vedere in un ambulatorio, privato o pubblico che sia. Indipendentemente da queste, in Pronto Soccorso un oftalmologo "si fa le ossa": vede patologie di tutti i generi, dalle congiuntiviti batteriche e virali ai corpi mobili vitreali, dalle endoftalmiti alle uveiti, dalle complicanze postoperatorie fino ai traumi perforanti, assistendo agli effetti delle più disparate cause di patologia oculare. All'epoca in cui lavoravamo in P.S. avevamo sempre "le spalle coperte" da qualcuno degli strutturati che ci chiarivano le idee sui casi più difficili da diagnosticare. È stata anche questa una scuola di formazione assolutamente utilissima, che mi ha insegnato ad affrontare quei casi rari che ogni tanto si incontrano anche nella attività professionale privata: dalle proverbiali schegge metalliche alle pediculosi delle ciglia, dalle infezioni corneali da lenti a contatto ai tumori oculari, dai rigetti dei trapianti di cornea ai melting corneali. Non credo che senza un'esperienza di questo tipo si possa affermare di avere una preparazione completa. Trovarsi di fronte ad un occhio traumatizzato dall'esplosione di una bomba non capita due volte nella vita professionale, soprattutto quando sembra essere integro ad un esame superficiale. Ricordo l'episodio che accadde una notte in cui ero di guardia insieme al prof. Clemente Santillo: arrivò un'ambulanza militare portando un Tenente che era stato ferito dall'esplosione di una bomba a mano, lasciata cadere in terra da un soldato davanti ai suoi piedi. Ad un primo esame a me non sembrava ci fosse nulla. Il professore capì al

volò che la situazione era gravissima: ferite plurime perforanti in entrambi gli occhi. Io non avevo capito nulla, pur avendo visto qualche piccolo frammento nero sulla congiuntiva, che avevo interpretato come piccoli corpi estranei. Erano i segni di numerose perforazioni dovute alle schegge della bomba.

***Il suo campo d'azione chirurgico è essenzialmente il segmento anteriore. Possiamo affermare che il chirurgo oftalmologo a 360° forse non è mai esistito? La sua scelta verso il segmento anteriore è stata determinata da capacità specifiche? Da un'intelligenza applicativa peculiare? Oppure sono le personali esperienze lavorative a determinare le performance di un chirurgo? Vuole raccontare al lettore la sua brillante escalation professionale, ancor più sorprendente perché libero professionista "ab initio"?***

Concordo assolutamente sul fatto che non esiste il chirurgo oftalmologo a 360°. È una frase, questa, che mi ha procurato parecchie inimicizie, purtroppo; suggerire ad un chirurgo retinico che è meglio che continui ad occuparsi con successo della retina lasciando ad altri più esperti di lui la cura delle infezioni corneali o del glaucoma refrattario alle terapie mediche, scatena, nel 99% dei casi, una reazione di odio e di disprezzo verso chi fa questa affermazione. Idem dicasi quando suggerisci ad un chirurgo del segmento anteriore di continuare a fare ciò che sa fare benissimo, lasciando la retina a chi si occupa da sempre di retina... Non dimentichiamoci che, come già scrissi nel capitolo che mi fu affidato nel libro SOI sulla chirurgia della cataratta nel 1999, gli oculisti che arrivano ad occupare una posizione apicale nella maggioranza dei casi perdono il contatto col pavimento, e cominciano a sentirsi anch'essi "unti dal Signore", come diceva un politico qualche anno fa... col risultato che cominciano ad operare di tutto, con risultati, in genere, mediocri. Chi ha avuto una scuola su un determinato tipo di chirurgia deve, a mio avviso, impegnarsi sempre di più in quel campo mettendo tutta la sua preparazione a disposizione di pazienti e collaboratori. Nessuno nega che possa o voglia occuparsi anche di altro ma è necessaria una scuola, che non può essere limitata a qualche visita nelle sale operatorie di qualche altro collega. Encomiabile è invece per un direttore inviare uno dei propri collaboratori a farsi una solida esperienza altrove, rimanendo anche molti mesi lontano, per imparare bene e cominciare a sviluppare la nuova branca chirurgica o clinica che sia, aumentando il prestigio del gruppo di lavoro.

La scelta di applicarmi alla sola chirurgia del segmento anteriore, e ancor più a cataratta “e dintorni”, deriva da quanto ho poco sopra detto. Ho assistito ad almeno 8000 interventi di cataratta, ed a tutte le possibili complicanze, eseguiti da quello che all’epoca era uno dei migliori chirurghi della cataratta in Italia, prima di cominciare a muovere le mani da solo. Ho imparato da lui che bisogna sempre osservare e capire ciò che si fa: se non si verifica ciò che ci si aspetta c’è qualcosa che non va; per fare un esempio, se un frammento di cristallino non viene aspirato dalla punta del faco probabilmente la punta è ostruita perché ha aspirato e non frantumato un frammento troppo duro; l’alternativa, però, è che si sia rotta la capsula posteriore e si sta cercando di aspirare il vitreo anziché il frammento. Bisogna fermarsi e capire cosa sta succedendo. Solo prevenendo i problemi, o meglio, riconoscendone i segni per tempo, si riesce a concludere bene l’intervento.

Per quanto riguarda la crescita dell’attività professionale, devo dire che oltre ad imparare “il mestiere”, è necessario imparare il rapporto col paziente, non solo dal punto di vista clinico ma anche da quello interpersonale ed economico. Quando un paziente viene a farsi visitare cerco sempre di avere da lui un feed-back entro pochi giorni, per sapere come è andata la cura che gli ho consigliato. E lo rivisito, gratuitamente, se necessario entro pochi giorni, soprattutto se la cura non ha dato esito positivo. Anche più volte. Così come sono sempre disponibile, in caso abbiano un’urgenza, a vederli nella giornata stessa: ciò facilita l’instaurarsi di un rapporto di fiducia e amicizia fra medico e malato, che è poi alla base della crescita dell’attività professionale. Considerare il malato come una mucca da mungere è sempre un boomerang. Bisogna partire dall’idea che si rivolgono a noi per essere curati e che non tutti hanno grandi disponibilità economiche, soprattutto di questi tempi. Ho cercato di mantenere negli anni onorari che potessero essere considerati non esosi, per evitare di mettere in difficoltà il malato. Penso che disponibilità, capacità diagnostica e costi contenuti siano alla base del futuro di ognuno di noi.

La mia attività professionale, dopo la collaborazione col Dott. Schirru è passata attraverso una collaborazione intensiva con una casa di cura convenzionata a Salerno dove abbiamo eseguito migliaia di interventi, tutti in anestesia topica, quando questa anestesia era ancora agli albori, iniziando nel 1996 e proseguendo poi per circa 10 anni. In seguito, ho continuato una collaborazione analoga con il San Carlo di Nancy, Ospedale di Roma, che mi ha permesso di operare tantissimi pazienti che non potevano

permettersi di affrontare la chirurgia privata. Ciò serve a migliorare quel rapporto che si instaura con i malati, che constatano la disponibilità ad aiutarli e a venire loro incontro economicamente. Ogni estate, e spesso anche d’inverno, sono andato in giro nelle sale operatorie estere a vedere le novità chirurgiche: ho sempre riportato a casa le novità per applicarle alla mia chirurgia privata, che ho sempre cercato di migliorare, acquistando tutti gli strumenti più sofisticati che potessero aiutarmi a migliorare i risultati. Tutto questo ha fatto sì che si generasse un passaparola positivo che mi ha fatto crescere.

***Qual è stata la molla che ha determinato la sua passione per la eco-biometria oculare? Questa disciplina semiologica così ostica, che la vede leader anche all'estero, perché l'appassiona tanto? Quali ulteriori sviluppi prevede a breve termine per le IOL?***

Nel 1994 quando ormai la faco cominciava ad essere già abbastanza diffusa, fui invitato da Matteo Piovella, allora segretario dell’Associazione italiana di Facioemulsificazione, a fare una relazione sulla biometria, argomento di cui avevo già iniziato ad interessarmi. Ricordo che nel preparare la relazione, leggendo le pubblicazioni, rimasi a bocca aperta nel constatare quante cose non sapessi e soprattutto quanti fossero i motivi per spiegare gli errori biometrici così frequenti all’epoca. Esisteva già la biometria ad immersione ma veniva eseguita a malapena da 5 oculisti su 100: quasi tutti usavano quella a contatto, senza avere la più pallida idea del significato delle formule e del fatto che alcune fossero più adatte a determinate lunghezze assiali e altre fossero invece già obsolete, pur se ancora utilizzate. Quando ho messo a fuoco il problema degli errori e ho iniziato a vedere i risultati positivi generati da ciò che avevo imparato studiando la letteratura, ho cominciato a seguire molto da vicino il problema. Iniziava a comparire intanto un’altra serie di pazienti “difficili”: quella degli operati di chirurgia refrattiva. Ho cominciato a chiedere lumi ai grandi nomi della biometria mondiale ma anche loro non navigavano in acque tranquille. Ricordo che Ken Hoffer, l’inventore della omonima formula Hoffer Q, col quale oggi ho rapporti di grande amicizia, mi rispose con un “buona fortuna” quando gli chiesi come comportarmi per il mio primo paziente “post-refrattivo” da operare di cataratta. Fortunatamente, poi, si è sviluppata Internet ed i giornali scientifici sono diventati consultabili on line. Ciò ha permesso di conoscere i nuovi metodi di calcolo da usare nei post-refrattivi non appena

pubblicati: fino a qualche anno fa questi metodi e le relative equazioni venivano esplicitamente esposti e spiegati in letteratura, cosa che non avviene più con le nuove formule biometriche. La matematica mi ha sempre attratto (poco o nulla al liceo, ma molto di più dopo) e altrettanto ha fatto il computer. Non mi ci è voluto molto nell'accettare la sfida tecnologica e nel mettermi a preparare un foglio Excel che mi permettesse di fare i calcoli in un batter d'occhio, anziché in tre ore. Dopo 8 mesi di lavoro tutte le sere fino a notte fonda finii la preparazione e potei cominciare ad usarlo con grandissime soddisfazioni: ero riuscito a portare l'errore medio di calcolo sui pazienti operati in precedenza di chirurgia refrattiva a  $-0,50sf$  o al massimo  $-0,75sf$ . Grazie a Giacomo Savini la cosa giunse alle orecchie di Ken Hoffer che mi invitò ad entrare a far parte dello IOL Power Club, società che riunisce 15 oftalmologi al mondo (fra cui ben 4 italiani, Edi Borasio che lavora ad Abu Dhabi, Massimo Camellin A Rovigo e Giacomo Savini a Bologna), che si occupano praticamente a tempo pieno di biometria.

Per il futuro delle IOL qualcosa all'orizzonte si muove. Stanno prendendo piede le IOL che io definisco "a prova di errore": le Calhoun light-adjustable sono cristallini artificiali particolari che, sotto l'effetto di un raggio di luce ultravioletta con lunghezza d'onda di 365nm, in una o più sedute, possono essere modificati nella superficie, curvatura e potere, consentendo di correggere errori di astigmatismo, ipermetropia, miopia e perfino aberrazioni ottiche di alto ordine.

Oltre alle nuove IOL EDOF, ormai presenti da più di 4 anni sul mercato, che hanno finalmente permesso una multifocalità con effetti collaterali veramente minimi, si cominciano ad usare nuove lenti da sospensione sclerale, si comincia a parlare di lenti personalizzate per correggere le aberrazioni ottiche di alto ordine (che rimangono, per il momento, problema insoluto perché non correggibili) e di nuove lenti per correggere l'afachia pur non essendo a sospensione sclerale. E ancora si stanno mettendo a punto nuove IOL da usare nei pazienti operati col laser a femto secondi, sfruttando le dimensioni ed il perfetto disegno della capsuloressi fatta col femto-laser.

***Nella Conferenza annuale della Radiological Society of North America (Rsna) di Chicago si è parlato del legame tra l'umore di chi deve essere operato e l'impatto sul risultato, con risvolti assolutamente a favore del buon umore del paziente. Come anche l'umore del chirurgo può influenzare la qualità di un intervento di microchirurgia? Come riuscire ad essere padroni***

***delle proprie emozioni? Quando è opportuno fermarsi? La vita quotidiana può incidere veramente tanto sulla qualità e il successo in sala operatoria? Vale anche per i chirurghi la massima un po' edonistica di Benjamin Franklin "Presto a letto e presto alzato fan l'uomo sano, ricco e assennato"?***

Anche qui ci troviamo assolutamente d'accordo. Ritengo inevitabile che entrare in sala operatoria con qualche preoccupazione importante possa portare ad abbassare la guardia durante la chirurgia. La qualità dell'intervento non può non esserne influenzata, perché qualsiasi fonte di stress porta sempre e comunque il nostro cervello al problema e alla ricerca della soluzione. Ma se sto pensando ad una cosa non posso pensare ad un'altra: il nostro cervello non utilizza il "multitasking", parola derivata dal mondo dei computer, e pertanto se dovessi operare in condizioni di stress dovrei fare uno sforzo enorme. Non è facile essere padroni delle emozioni. Quando si crea un problema chirurgico bisogna essere assolutamente "gelidi". Fermarsi, non appena lo si individua, e analizzare la situazione. Valutare con calma le opzioni possibili, sentendo anche il parere di chi sta alla nostra destra. Due cervelli lavorano sicuramente meglio di uno solo e, se hai vicino un aiuto in gamba, di sicuro si trova la strada migliore per la soluzione. L'esempio classico è dato dalla situazione in cui tutti, chi prima chi dopo, ci siamo trovati: la rottura della capsula posteriore. Non appena la si intravede, anziché uscire dall'occhio preda al panico (innescando automaticamente una serie di altri problemi), bisogna semplicemente fermarsi, abbassare la bottiglia di infusione fino alla minima altezza e riempire la camera anteriore con viscoelastico di un certo peso per tamponare e respingere indietro il vitreo. A quel punto e solo allora si può uscire e ci si può fermare a ragionare sulle mosse seguenti. Bisogna comunque ricordare che i problemi non vengono così di frequente dagli occhi dei nostri pazienti. Spesso figli, mogli, malattie, problemi economici, stress di tutti i tipi riescono a toglierci il sonno. La soluzione in questi casi è di alleggerire le sedute chirurgiche perché il rischio di fare errori è sicuramente più alto. Preferisco suddividere la seduta in due o tre sedute di pochi casi perché prima o poi il pensiero ritorna sul problema e l'attenzione può diminuire. Per quanto riguarda il pensiero di B. Franklin non concordo molto, anche perché ormai non riesco a dormire più di 6 ore per notte, anche se vado a dormire presto, purtroppo. E se poi c'è qualche preoccupazione le ore di sonno si riducono ulteriormente.

***Cosa ne pensa della chirurgia in diretta? Molte volte lei è stato impegnato in dirette chirurgiche con grande plauso dei colleghi in sala. Quali esperienze vuole partecipare ai nostri lettori? La polemica che il paziente potrebbe corre maggiori rischi è fondata? Prevede un futuro ancora radioso della live surgery?***

Ricordo la mia prima chirurgia in diretta: era a Reggio Emilia. Oltre a portare con me tutta la mia équipe di collaboratori, compreso l'anestesista, portai addirittura il mio facoemulsificatore! Negli anni passati ritenevo la live surgery una cosa molto interessante, anche perché vedere operare altri chirurghi fornisce sempre piccoli suggerimenti utili da mettere in atto. La prima diretta l'eseguii nei primi anni '90 e ricordo che la notte precedente non dormii proprio. O meglio mi rigirai tutta la notte nel letto. Poi pian piano mi sono abituato ed ora non mi fa più emozionare. Il problema è che la chirurgia live dovrebbe cambiare: ormai la faco tradizionale, in occhi tutto sommato "normali", è stata mostrata in tutte le salse e non credo sia più produttivo continuare su questa strada. Adesso la vera novità, che novità non è più, è costituita dalla femto-chirurgia. Se dovessi organizzare io una chirurgia in diretta programmerei la faco solo per occhi difficili (cataratte dure, pupille strette, PEX, chirurgia combinata etc.); per il resto farei vedere soltanto femto-cataratte, che nel futuro diventeranno la routine. Tra l'altro è una chirurgia molto più sicura anche per il paziente, che può essere eseguita anche da chirurghi non eccelsi, perché la parte più difficile viene eseguita dal femto. Sì, ritengo che la chirurgia live "difficile" avrà un futuro sicuramente interessante. Non è un caso che quando opera Lucio Zeppa la sala congressuale sia sempre piena! Lucio è un grandissimo chirurgo che non si è mai tirato indietro di fronte alle difficoltà; nel tempo è entrato in consuetudine il fatto che a lui vanno affidati i casi difficili durante la live surgery. Vedere come ognuno di noi affronta un passaggio chirurgico difficile ci permette di imparare tecniche nuove ed utili, da memorizzare per i nostri momenti difficili. Ripeto, questi sono i casi interessanti, non le cataratte cosiddette "californiane", o almeno non più.

***Per ultimo le pongo la stessa domanda con cui ho deciso di terminare le mie interviste, per dare un ampio ventaglio di opinioni su un problema non secondario. Le sembra un metodo giusto quello scelto per l'ingresso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia? E ancor di più per la Specializzazione?*** Si

***selezionano veramente i giovani migliori? Lei com'è messo con i quiz? Entrerebbe oggi in Medicina e alla Specializzazione di Oftalmologia?***

Sono totalmente in disaccordo con questo sistema di ingresso in facoltà. Tutto è affidato al caso e a quella poca cultura che i millennials (nuovo termine per definire quelli che venivano chiamati "giovani d'oggi") possiedono. Col risultato che in tanti abbandonano gli studi durante gli anni, dopo aver tolto il posto ad altri, molto più determinati ma meno fortunati nelle risposte ai quiz. Ricordo che mia figlia provò il test di accesso e trovò domande che non avevano la minima affinità con l'argomento, né tantomeno con la cultura generale: chi era l'allenatore della squadra di calcio che vinse i mondiali nel 1982 (anno in cui non era neanche nata...). Capisco che i più sfigatati sappiano per certo la risposta ma a casa mia non è mai entrato un giornale sportivo e nessuno di noi è mai andato allo stadio! Cosa accidenti c'entra il calcio con la laurea in medicina? Questo ovviamente è solo un esempio estremo ma mi sembra che alla specializzazione la situazione non sia molto diversa. Il concorso è unico e nazionale per tutte le scuole di specializzazione: i candidati ai 121 posti disponibili per Oftalmologia in tutta Italia devono rispondere a 140 domande che vertono su tutta la medicina e quindi praticamente impossibili; se per qualche fortuito motivo dovessero vincere il "concorsonè", avrebbero il concreto rischio di finire a fare una specializzazione per la quale hanno ben poco interesse, ed in una città probabilmente diversa da quella dove vivono. Onestamente mi sembrerebbe molto più logico penalizzare ed escludere gli sfaticati e quelli che all'università fanno quattro esami all'anno con la media del diciotto, in modo da ridurre la pleora di aspiranti specializzandi e permettere di scegliere liberamente la scuola di specializzazione cui iscriversi.

Detto questo, di sicuro io non sarei in grado di entrare né al concorso per l'accesso a Medicina e Chirurgia né, ancor meno, alla Specializzazione. Non è una battuta di spirito quella che ogni tanto si sente ai nostri congressi in caso di malore di uno dei presenti: chiamate un medico! Rispetto a quando mi sono laureato io la Medicina, e ancora più l'Oftalmologia, hanno fatto passi da gigante, anzi direi sono cambiate totalmente e noi oculisti ci siamo chiusi sempre più nel nostro "bozzolo" dal quale non mettiamo mai la testa fuori.