

Fare la differenza in sala operatoria con il robot

A Grosseto Andrea Coratti, erede di Giulianotti, porta avanti le tecniche del futuro

ECCELLENZE

CHIRURGIA

di M. Antonietta Schiavina

GROSSETO

Quella della chirurgia robotica è un'eccellenza che la sanità maremmana vanta dal 2000, anno in cui il professor Piero Giulianotti diede il via all'ospedale Misericordia di Grosseto, alla prima esperienza in Italia di robotica applicata alla chirurgia generale. Dopo tre anni, sempre a Grosseto, è nata la Scuola internazionale, attualmente coordinata dal dottor **Andrea Coratti**, allievo e successore di Giulianotti.

«Grazie a questa esperienza spiega Coratti che oggi è direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Generale del Misericordia-, siamo un polo nazionale per la robotica, ma anche un centro di formazione per tutti quei chirurghi che vogliono fa-

re pratica in questa branca rivoluzionaria della chirurgia». Classe 1969, senese, Andrea Coratti è arrivato nel reparto il giorno dopo essersi specializzato a Siena.

Da allora, ha proseguito velocemente il suo percorso.

«All'inizio la robotica era considerata molto costosa e con pochi benefici. Oggi le cose sono cambiate e i benefici li toccano con mano i pazienti, che si alzano dopo tre o quattro giorni dall'intervento e vanno a casa, invece di stare otto giorni fermi a letto e farne altrettanti in degenza... Lo stato generale di chi ha subito un'operazione con il robot permette inoltre di riprendere prima eventuali terapie, come la chemio o altro e, ottimizzando le degenze, si riducono i costi dei posti letto, anche se le liste d'attesa oscillano, perché se un ospedale funziona bene comincia ad attrarre malati da altre zone e la nostra chirurgia generale fa circa 2.200 interventi all'anno, di cui

Coratti (2 da sinistra con 3 tra i chirurghi più famosi del mondo: Massimo Malago, Chung Ngai Tang e Piero Giulianotti

una parte in laparoscopia».

Ma la robotica è tutt'ora una soluzione di nicchia?

«Si fa al 4,5%, perché ha comunque delle indicazioni ben selezionate per interventi maggiori- esofago, fegato, pancreas, tumori del colon e dello stomaco- e si decide secondo la difficoltà: la procedura più complessa è quella che se ne serve di più».

Il suo reparto è un esempio nel campo della chirurgia addominale. Ma c'è qualcosa che vorrebbe migliorare?

«Vorrei più che altro che cam-



IDENTIKIT

Senese trapiantato a Grosseto, Andrea Coratti, una moglie medico (chirurgia vascolare), due figli piccoli- la femmina di 6 anni e il maschietto di 3 - dirige il reparto di chirurgia generale del Misericordia, uno dei pochi centri in Italia di chirurgia robotica. Alla consolle con il robot Da Vinci («a volte mi sembra di essere un tutt'uno con la macchina») pratica sui pazienti incisioni di pochi millimetri, senza sanguinamenti, facendoli tornare in breve alla normale attività. Lavora 12 ore al giorno, dal lunedì al venerdì e, nel tempo libero, si dedica alla famiglia. «Per anni dice- il robot è stato visto come un giocattolo; ma è un'interfaccia estremamente avanzata, sia di hardware che di software. E cambia il corso della chirurgia».

per far vedere come è costruita e a cosa serve».

«È raro che un intervento robotico debba essere poi convertito in aperto: avviene in meno del 2% dei casi e le complicanze postoperatorie sono sotto quelle della chirurgia aperta. Certo, molto dipende da quale organo si va a toccare ma, in linea di massima, la maggior parte dei pazienti non richiede nuovi interventi chirurgici, né ricoveri prolungati».

C'è una selezione per età?

«Facciamo pochissima chirurgia pediatrica e non con il robot, mentre sull'anziano non abbiamo criteri rigidi, anche se, oltre gli ottant'anni, si utilizza di più la laparoscopia. Ma dipende sempre dal tipo di intervento e dallo stato generale del paziente».

biasse la sanità in generale, centralizzando le risorse. Noi infatti paghiamo ancora lo scotto culturale di avere tanti ospedali piccoli, che dovrebbero essere funzionanti, ma che non sempre lo sono... In Toscana ci si muove da tempo in questa direzione, ma se si vuole mantenere lo standard di qualità, bisogna ottimizzare le risorse, invece che pensare ad averne di più. Per la robotica poi, ci sarebbe tanto da fare culturalmente. Ci sono progetti che bisognerebbe portare avanti, perché nei prossimi anni potrebbero permet-

terci di cambiare l'approccio al paziente chirurgico. E infine vorrei che aumentasse l'integrazione tra i professionisti: noi italiani siamo meno abituati degli anglosassoni a condividere le esperienze e non capiamo che, crescendo, portiamo più benefici ai pazienti».

Un chirurgo che lavora con il robot deve saperne anche d'ingegneria?

«È fondamentale. Si deve conoscere ciò con cui si ha a che fare, tanto che i nostri corsi base non partono dalla tecnica operatoria ma dalla macchina,