



# il caduceo

RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

Vol. 22, n.° 2 - 2020



# il caduceo

Vol. 22, n.° 2 - 2020



## Il Caduceo

Rivista di aggiornamento  
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE  
AL TRIBUNALE DI ROMA  
AUT. N° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE  
**F. Barbatì**

DIRETTORE SCIENTIFICO  
CO-EDITOR  
**F. Borzillo**

COORDINAMENTO EDITORIALE  
**C. Borzillo**

SEGRETARIA DI REDAZIONE  
**A. Cecchi**

EDITORE  
**U.S.I. S.p.A.**  
Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA  
**Ti Printing S.r.l.**  
Via delle Case Rosse, 23  
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE  
A GIUGNO 2020  
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina  
di **Fulvio Borzillo**

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita,  
edita a cura dell'U.S.I. (Unione Sanitaria  
Internazionale) S.p.A.

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della  
rivista devono essere autorizzate per iscritto  
dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti  
pubblicitari de Il Caduceo sono redatte sotto la  
responsabilità degli autori e degli inserzionisti.

 Associato USPI  
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:  
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma  
Tel. 06.32868.331  
Fax 06.77250482  
ilcaduceo@hotmail.com  
[www.usi.it](http://www.usi.it)

  
Unione Sanitaria Internazionale

## SOMMARIO

- 2.** Istruzioni agli Autori
- 3.** Le 10 domande più frequenti poste dai pazienti prima di eseguire un esame endoscopico  
*Mauro Di Camillo*
- 5.** La colonscopia di qualità  
*Erminio Capezuto*
- 6.** Il nemico delle nostre notti: l'insonnia  
*Rosanna Annecca*
- 9.** Trattamento mininvasivo delle vene varicose con Laser endovenoso (ELVeS) o con cianoacrilato, la "colla"  
*Giuseppe Calandra*
- 11.** Le manifestazioni otorinolaringoiatriche nell'infezione da Covid-19  
*E.F.A. Bellizzi, C. Marsico, M.G. Bellizzi, E. Marsico*
- 15.** Cura della malattia varicosa (vene varicose): interventi chirurgici mininvasivi  
*Luca Palombi, Monica Morelli*
- 18.** Covid-19 e didattica a distanza  
*Marika Sabella*
- 19.** Nuovo laser SMARTXIDE PUNTO  
*Stefan Dima*
- 20.** Pandemia, lockdown e quarantene  
*Vito Manduca*
- 22.** Aterosclerosi: diagnosi e cura. 2<sup>a</sup> parte  
*Bruno Pironi*
- 27.** Aspetti clinici, organizzativi e architettonici della chirurgia a ciclo diurno: Day Surgery e chirurgia ambulatoriale  
*Giovanni Mangia, Franco Bianco, Paola Presutti*
- 34.** Oltre il visibile. Quando curarsi è soltanto un gioco  
*Renato Sartini*
- 36.** *Homo brevis*, torna a pensare!  
*Michele Trecca*



Gentile lettore,

il 25 maggio 2018 è divenuto applicabile il nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR – General Data Protection Regulation, Regolamento UE 679/2016).

Avendo da sempre a cuore la sicurezza dei tuoi dati personali, utilizzati esclusivamente per la spedizione del periodico "Il Caduceo", abbiamo provveduto ad aggiornare la nostra Privacy Policy, che sei invitato a visionare sul sito web [www.usi.it](http://www.usi.it), per avere tutte le informazioni su come gestiamo e tuteliamo i tuoi dati e le modalità con cui puoi modificare o revocare i tuoi consensi.

Al momento ricevi la rivista presso l'indirizzo da te indicato, e continuerai a riceverla.

Se non intendi più riceverla in futuro, ti preghiamo comunicarlo:

- scrivendo all'indirizzo e-mail [privacy@usi.it](mailto:privacy@usi.it)
- inviando una comunicazione a mezzo posta all'indirizzo della redazione  
USI Piazza Vittorio – Via Machiavelli 22 00185 Roma

Grazie

USI SpA

## ISTRUZIONI AGLI AUTORI

*Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche e lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico.*

*Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2010). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista. Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.*

### Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

- 1) SOMMARIO
- 2) INTRODUZIONE
- 3) MATERIALI E METODI
- 4) RISULTATI
- 5) DISCUSSIONE
- 6) EVENTUALI RINGRAZIAMENTI
- 7) BIBLIOGRAFIA

1. SOMMARIO. Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter esprimere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. INTRODUZIONE. Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in modo particolare lo "scopo dello studio".

3. MATERIALI E METODI. Deve comprendere una completa ma breve descrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casistiche ampie e/o complesse possono giovare di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. RISULTATI. Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risultati deve essere chiara ed essenziale.

5. DISCUSSIONE. Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile con altre metodiche e presentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. RINGRAZIAMENTI. Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti debbono essere riportati su una pagina separata.

7. BIBLIOGRAFIA. Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

Bosch FX, Munoz N. *The causal relation between HPV and cervical cancer.* J Clin Pathol 2002;55:244-65.

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori; le citazioni bibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione<sup>[1]</sup>.

### Figure, immagini o foto

- formato TIFF, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

### Tabelle

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

### Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche. Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 – 00185 Roma.

Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

**N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative apportate nella stesura definitiva del lavoro.**

# Le 10 domande più frequenti poste dai pazienti prima di eseguire un esame endoscopico

**Mauro Di Camillo**

Specialista in Gastroenterologia ed endoscopia digestiva  
U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3  
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22  
msdicamillo@hotmail.com



## INTRODUZIONE

### A che cosa serve l'endoscopia digestiva?

L'endoscopia digestiva utilizza specifici strumenti (endoscopi) costituiti da un piccolo tubo flessibile al cui interno vi sono sottilissime fibre ottiche, che vengono inseriti nel corpo attraverso la bocca o l'ano, a seconda della zona da esplorare. L'endoscopia digestiva serve per verificare eventuali alterazioni presenti nell'apparato digerente: esofagogastroduodenoscopia - EGDS o rettosigmoidocolonscopia - RSCS, rispettivamente per la valutazione del tratto digestivo superiore e inferiore. Una delle principali indicazioni è la prevenzione di lesioni pre-cancerose che possono essere asportate contestualmente all'esame. Nel nostro Centro abbiamo a disposizione strumenti endoscopici di ultima generazione con la possibilità di poter valutare, riconoscere e trattare anche le più precoci alterazioni della mucosa grazie alla magnificazione e alle colorazioni ottico-digitali. Gli strumenti a disposizione del nostro Centro vengono sottoposti dopo ogni procedura ad una sterilizzazione mediante un lavaendoscopio secondo il rispetto delle direttive europee. Tutti i dispositivi di ausilio agli esami (ad es. boccagli, lenzuolini, bavaglioli, pinze, anse ecc) sono monouso. Inoltre il nostro servizio si avvale di un Anestesista dedicato all'endoscopia che si occuperà della somministrazione del sedativo più adatto per ottenere la migliore sedo-analgesia possibile per il paziente e per il raggiungimento degli obiettivi prefissati (tabella I).

#### D1 - Dottore, quanto dura un esame endoscopico?

R1 - Per quanto riguarda la EGDS il tempo medio varia dai 5 minuti agli 8 minuti. RSCS invece può durare dai 15 ai 30 minuti. Ciò dipende da diverse variabili oltre che dall'esperienza dell'operatore:

- dalla conformazione del colon;
- dalla pulizia intestinale;
- dal tipo di sedazione (cosciente- profonda o nessuna);
- dalla presenza di alterazioni anatomiche come adenozene, stenosi, diverticoli ecc.

#### D2 - Dottore, quali sono le principali indicazioni alla EGDS?

R2 - La gastroscopia è indicata nel sospetto di patologie dell'esofago, stomaco o duodeno anemia inspiegabile o ematemesi e melena difficoltà di deglutizione: disfagia eseguire prelievi biotici su malattie come ad es. morbo celiaco eventuale polipectomia (diagnosticata con altre metodologie) dilatazioni di stenosi, estrazione di corpi estranei (in urgenza).

#### D3 - Dottore, quali sono le principali indicazioni alla RSCS?

R3 - Le principali indicazioni ad eseguire la RSCS sono alterazioni del colon-retto rilevate durante esecuzione di altri esami diagnostici necessità di eseguire attività operative (polipectomia, biopsie di lesioni, tatuaggi) sanguinamento gastrointestinale (compresa la positività del sangue occulto nelle feci) calo ponderale, anemia o modificazioni persistenti e significative dell'alvo sorveglianza di pazienti già trattati per neoplasie del colon retto o post polipectomia pazienti affetti da malattie infiammatorie (retto colite ulcerosa - morbo di Crohn) programmi di screening per la diagnosi precoce di neoplasie del colon retto (1).

#### D4 - Dottore, è necessaria una preparazione intestinale ed una dieta prima degli esami?

R4 - Per quanto riguarda la EGDS è sufficiente rispettare un digiuno dai solidi da almeno 6 ore precedenti l'esame e di almeno 3 ore da liquidi, non scuri. Per la RSCS invece bisogna seguire una dieta nei giorni precedenti l'esame (sostanzialmente priva di fibre) oltre ad eseguire una preparazione intestinale da terminare circa 4 h prima dell'esame che sarà attentamente valutata durante la procedura e segnalata nel referto (2) (figura 1).

#### D5 - Dottore, la RSCS e la EGDS sono dolorose?

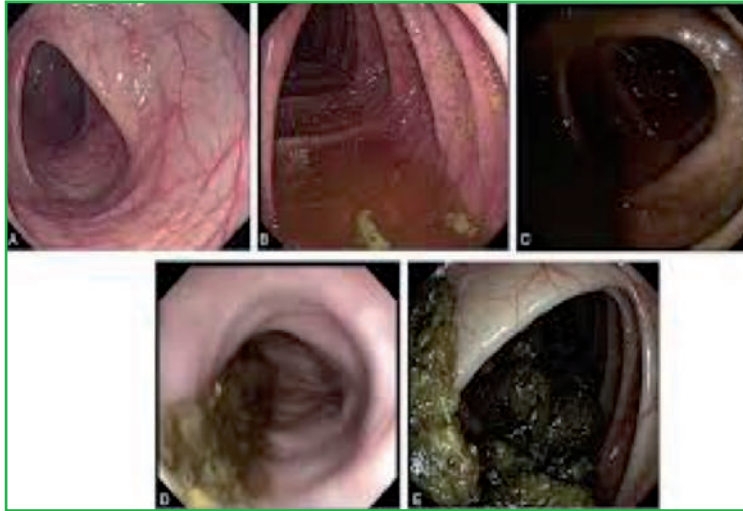
R5 - La EGDS è un esame che può essere fastidioso ma in genere non è un esame doloroso. La somministrazione di una sedazione locale con Xilocaina spray o di un blando sedativo possono rendere l'esame tollerabile. La colonscopia invece può essere anche dolorosa soprattutto perché è necessario per poter procedere lungo il colon insufflare aria o CO<sub>2</sub> (più rapidamente

### Tipi di sedazione

- **Sedazione lieve** → Benzodiazepine (midazolam)  
Normale risposta allo stimolo verbale  
Gestita dal medico endoscopista
- **Sedazione moderata** → Oppiaceo + benzodiazepine  
Risposta alla stimolazione verbale o tattile  
Petidina + midazolam  
Gestita dal medico endoscopista
- **Sedazione profonda** → Utilizzo di farmaci con emivita breve (Propofol) + benzodiaz. - remifentanyl  
Risposta alla stimolazione ripetuta o al dolore  
Gestita dal medico anestesista

Per ciascun tipo di sedazione, la presa in carico e la gestione del paziente sedato dal punto di vista infermieristico è la MEDESIMA





eliminabile), Generalmente questo esame richiede una sedazione per la quale si può rendere necessaria la presenza di un anestesista.

**D6 - Dottore, quali sedazioni è possibile eseguire?**

R6 - Sostanzialmente ci sono due tipi di sedazione: 1) sedazione cosciente 2) sedazione profonda (3) (tabella II).

**D7 - Dottore, quali terapie devo sospendere?**

R7 - Generalmente non bisogna sospendere nessun trattamento. Per quanto riguarda la terapia antiaggregante o anticoagulante consigliamo di parlarne preventivamente con il proprio cardiologo di fiducia per meglio gestire eventuali modificazioni ed evitare inutili o rischiose sospensioni.

**D8 - Dottore, posso effettuare la colonscopia se ho un sanguinamento in atto?**

R8 - In generale una rettorragia (sanguinamento dal retto) non è una controindicazione assoluta alla procedura, ci sono tuttavia alcune situazioni che inducono a posticipare l'esame: infiammazioni acute tipo: di-

verticolite/malattie infiammatorie intestinali (morbo di Crohn, colite ulcerosa). Per queste patologie è consigliabile posticipare la procedura a dopo la risoluzione della sintomatologia acuta

**D9 - Dottore, quali sono i rischi degli esami endoscopici ?**

R9 - Tutti gli esami endoscopici possono essere forieri di complicanze, per quanto riguarda la EGDS queste sono molto rare e dipendono soprattutto da problematiche preesistenti. Per la RSCS potrebbero insorgere delle complicazioni quali la perforazione accidentale della parete intestinale e una emorragia (soprattutto post polipectomia) La perforazione (< 1 caso su 2.000) può

rendere necessario un intervento chirurgico immediato di riparazione, mentre di norma quasi tutte le emorragie vengono gestite in acuto con opportuni devices (4).

**D10 - Dottore, che succede dopo un esame endoscopico?**

R10 - Al termine di un esame endoscopico, in particolare dopo una sedazione, possono essere richiesti dai 30 ai 60 minuti di ripresa delle normali funzioni. Flatulenza e meteorismo sono sintomi comuni al termine dell'esame, a causa dell'aria insufflata ma spesso temporanei (in alcuni casi è possibile ricorrere all'uso di antispastici o antidolorifici). Nel nostro Centro per ovviare a questo utilizziamo la CO2. Infine una lieve perdita di sangue dall'ano (dopo una biopsia o polipectomia) in concomitanza della prima defecazione successiva alla colonscopia è abbastanza normale, perdite di sangue ripetute, dolori addominali o febbre giustificano invece l'immediato consulto medico.

**PUBBLICAZIONI**

1. Linee Guida Federazione AIGO-SIED e AIGO.
2. Stock C, Brenner H. Utilization of lower gastrointestinal endoscopy and fecal occult blood test in 11 European countries: evidence from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). *Endoscopy* 2010; 42: 546-556.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Vital signs: Colorectal Cancer Screening, Incidence, and Mortality – United States, 2002-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011; 60: 884-890
3. ASGE "Guidelines for sedation and anesthesia for GI endoscopy"
4. ASGE Standards of Practice Committee, Fisher DA, Maple JT et al. Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2011; 74(4): 745-52.

SEDO-ANALGESIA IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

**OBIETTIVI**

- ✓ Garantire una più facile ed accurata esecuzione della procedura endoscopica
- ✓ Abolire/ridurre il disagio del paziente (dolore)
- ✓ Abolire/ridurre l'ansia
- ✓ Garantire una maggiore sicurezza per il paziente in relazione alla "protezione analgesica"

# LA COLONSCOPIA DI QUALITÀ

*Erminio Capezzuto*

U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3



**L**a colonscopia è una procedura che richiede training ed esperienza per ottenere risultati adeguati.

Nell'era dello screening un endoscopista dovrebbe essere in grado di esaminare tutto il colon in più del 95% dei casi (possibilmente senza provocare dolore, magari con assistenza anestesiológica), riconoscere ed identificare tutte le patologie, ottenere adeguate biopsie per l'esame istologico, resecare completamente con ansa contestualmente all'esame le formazioni polipoidi uguali o inferiori ad 1.0 cm. (rinviando ad un esame successivo dedicato l'asportazione di polipi di maggiori dimensioni), prevenire e trattare le eventuali complicanze, integrare l'esame endoscopico con il trattamento clinico del paziente.

Nella realtà l'intubazione del cieco (indicatore dell'esame completo) è risultata inferiore al 90% per le colonscopie di routine e al 95% per le colonscopie di screening. Inoltre la percentuale di lesioni piatte o polipoidi non diagnosticate dalla colonscopia non è migliorata negli ultimi venti anni. I polipi inferiori ad 1.0 cm. non diagnosticati sono ancora tra il 15 e il 21% , e gli adenomi avanzati tra il 5 e 6%.

Si pone quindi fortemente la questione di migliorare il livello di qualità della colonscopia. Ciò significa una migliore preparazione intestinale, migliori apparecchi endoscopici e un più adeguato training-retraining degli endoscopisti. Recentemente l'industria farmaceutica ed elettromedicale hanno fatto molti progressi. Hanno migliorato le preparazioni intestinali con i PEG a basso volume e hanno migliorato gli endoscopi con l'aumento della risoluzione, con la cromoendoscopia elettronica, la magnificazione e l'analisi spettrale dell'immagine e l'autofluorescenza, e hanno cercato di risolvere il problema delle lesioni dietro le pliche con particolari caps montati sull'estremità distale dell'endoscopio o con strumenti ad ampio angolo di visione.

Per quanto concerne il training dell'endoscopista (simulatori? in vivo?), dovrebbe comprendere sia competenze manuali, tecnologiche e strumentali, che conoscenze sull'anatomia endoscopica e

sull'inquadramento clinico del paziente. La conoscenza dell'anatomia endoscopica, la capacità di raddrizzare o irrigidire lo strumento, di rimuovere il loop dell'endoscopio, di riconoscere le cause del dolore durante la colonscopia, di far effettuare all'infermiere un'adeguata pressione addominale per mantenere l'endoscopio raddrizzato, di evitare un'eccessiva insufflazione d'aria (la necessità di usare la CO2 e la metodica underwater), di sapere quando è necessario cambiare la posizione del paziente sul lettino scegliendo l'endoscopio più adatto in ogni situazione clinica, il tempo di estrazione del colonscopio (tempo in minuti dal cieco all'ano  $\geq 6$  minuti nel colon non operato). Tutte regole che Jerome Waye, "il padre" della colonscopia, aveva già delineato da tempo. Anche il numero minimo di endoscopie per operatore ha la sua importanza: un'adeguata visualizzazione è correlata con l'esperienza dell'operatore, espressa come numero di colonscopie eseguite. Procedure ripetute, complicanze e mancate diagnosi riducono significativamente questo beneficio, ma un training adeguato è in grado di incidere sui costi e di costituire un utile investimento per il futuro.

L'impatto del training del personale infermieristico sulla qualità della colonscopia non sarebbe significativo. Però il prolungamento del tempo di esecuzione, la percentuale di intubazione del cieco e di complicanze della colonscopia di screening sono proporzionati alla durata del training degli infermieri.

Per l'endoscopista non è solo sufficiente acquisire un'adeguata competenza, ma è necessario anche mantenerla nel tempo : anche gli endoscopisti più anziani, cioè, devono rimettersi in discussione, monitorando i propri risultati e, se necessario, effettuando un retraining.

Dunque le considerazioni finora riportate dimostrano l'importanza del "fattore umano" sulla qualità della colonscopia, ma non bisogna sottovalutare il ruolo della tecnologia garantendo a ciascun Centro di Endoscopia strumentazioni adeguate e aggiornate, come peraltro avviene nel Centro di Endoscopia dell'USI presso la Clinica Villa del Lido.

# Il nemico delle nostre notti: l'insonnia

**Rosanna Annecca**

Neurologo

Policlinico Militare Celio

U.S.I. Pietralata - Via dei Durantini, 362

U.S.I. Eur-Serafico - Via P. di Dono, 9

Un problema comune, ancora più sentito in questo momento storico in cui siamo coinvolti nella gestione quotidiana del Covid-19: l'insonnia.

L'insonnia è definita come la difficoltà ad addormentarsi, mantenere il sonno o svegliarsi la mattina presto e non riuscire a tornare a dormire. In generale, le persone con insonnia dormono meno o dormono male nonostante abbiano un'adeguata possibilità di dormire. Il cattivo sonno può causare problemi di efficienza durante il giorno.

L'insonnia non è definita dal numero di ore dedicate al sonno perché il "sonno sufficiente" può variare da persona a persona. I requisiti di sonno possono anche diminuire con l'età. L'insonnia è il disturbo del sonno più comune negli Stati Uniti. Mentre quasi tutti hanno una notte occasionale di sonno scarso, circa il 10% degli adulti ha insonnia a lungo termine o cronica.

## Sintomi dell'insonnia

- Difficoltà ad addormentarsi o a dormire
- Sonnolenza durante il giorno
- Deficit della memoria
- Poca concentrazione
- Irritabilità
- Ansia
- Depressione
- Energia motivazionale ridotta
- Continuare a preoccuparsi di dormire

Per molte persone, i sintomi dell'insonnia interferiscono con le relazioni personali, le prestazioni lavorative e le attività quotidiane. Le persone con insonnia possono avere disturbi della memoria e nella risoluzione dei problemi rispetto alle persone senza insonnia. Tuttavia, sembrano avere capacità simili nei test di funzione cognitiva generale, percezione, capacità verbale, attenzione e pensiero complesso.

Le persone con insonnia hanno un senso del sonno alterato. Potresti sentire di non aver dormito, anche se i test dimostrano che hai dormito. Potresti anche sentirti più affaticato rispetto agli individui senza insonnia, anche se i test indicano che hai meno sonno. Questo alterato senso del sonno può essere correlato a un problema del sistema di eccitazione del sonno, che normalmente ti aiuta a sentirti sveglio dopo il sonno e a sentirti stanco prima di andare a letto.

Uno degli effetti di scarso sonno è che potresti preoccuparti di essere privato del sonno e di soffrire delle gravi conseguenze del sonno perso. Questa preoccupazione può aumentare poiché non riesci a dormire, il che a sua volta rende sempre più difficile addormentarsi. È importante non farti prendere da questo ciclo e capire che stai dormendo più di quanto sembri.

## Cause dell'insonnia

Diversi sono i fattori che possono generarla.

**Insonnia a breve termine.** L'insonnia a breve termine dura meno di tre mesi ed è generalmente associata a stress. I possibili fattori di stress includono quanto segue:

- Cambiamenti nell'ambiente del sonno (temperatura, luce, rumore)
- Perdita di una persona cara, divorzio o perdita del lavoro
- Recupero da intervento chirurgico o presenza di fonti di dolore
- Uso e abuso di stimolanti (caffèina), alcune medicine (teofillina, beta-bloccanti, steroidi, sostituti della tiroide), droghe illegali (cocaina e metanfetamina) o alcool.

L'insonnia a breve termine si risolve, spesso, quando lo stress si risolve.

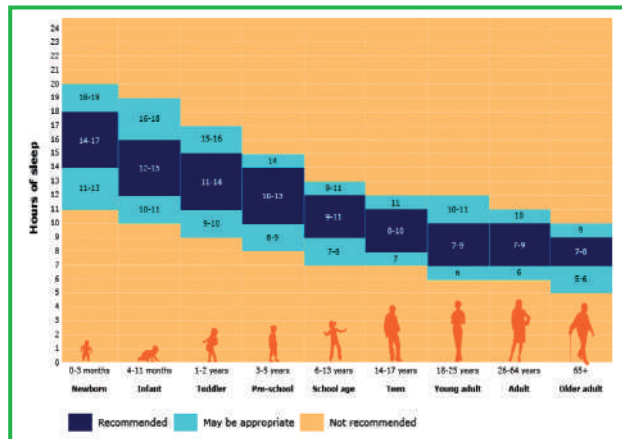
Le situazioni che interrompono il normale ciclo del sonno possono anche causare insonnia. Alcuni esempi includono:

- **jetlag:** viaggiare attraverso i fusi orari, come accade quando si viaggia in aereo. Il *jetlag* può verificarsi indipendentemente dalla direzione del viaggio, sebbene sia più pronunciato quando si viaggia da ovest a est. La maggior parte delle persone richiede diversi giorni per adattare il proprio schema di sonno al nuovo fuso orario;
- **lavoro a turni:** gli individui che lavorano di notte, in modo comune sperimentano insonnia. I lavoratori che lavorano a turni possono avere sonno durante il lavoro e mentre stanno tornando a casa al mattino, ma hanno difficoltà a dormire dopo mezzogiorno. I problemi del sonno possono essere risolti cambiando il turno di notte o dormendo ogni giorno alla stessa ora, compresi i fine settimana per diverse settimane.

**Insonnia a lungo termine.** L'insonnia a lungo termine (o cronica) dura più di tre mesi e si verifica almeno tre notti a settimana. L'insonnia si verifica spesso con altre condizioni, tra cui:

- problemi di salute mentale, depressione acuta, disturbi d'ansia (inclusi attacchi di panico);
- disturbi medici, in particolare quelli che causano dolore, stress;

## Il nemico delle nostre notti: l'insonnia



- disturbi neurologici, malattie, malattia di Alzheimer;
- altri disturbi del sonno, apnee ostruttive, sindrome delle gambe senza riposo, movimenti periodici, disturbi del ritmo;
- farmaci, alcool, droghe;
- abitudini di vita sregolata.

L'insonnia può verificarsi anche da sola. In alcuni casi, può iniziare durante l'infanzia.

Viene spesso confusa con attitudini di sonno breve: dormire per un breve periodo di tempo è frequente tra le persone che soffrono di insonnia. Tuttavia, alcune persone normalmente richiedono poco sonno e possono funzionare senza difficoltà dopo aver dormito solo per poche ore. Le persone che dormono meno ma che non hanno sonnolenza diurna residua o altri sintomi sono chiamate dormienti brevi e non hanno problemi di sonno. Inoltre, potrebbe essere necessario dormire meno con l'età. Avere bisogno di meno sonno non significa necessariamente avere insonnia a meno che non si abbiano anche sintomi diurni, come sonnolenza o disforia.

Le persone che hanno ridotto il tempo a letto (restrizione di sonno) così come quelle con l'insonnia dormono per un breve periodo e hanno difficoltà a funzionare durante il giorno. Tuttavia, coloro i quali hanno il sonno limitato si addormenteranno rapidamente e dormiranno normalmente se ne avessero l'opportunità. La perdita cronica di sonno, causata dal passare meno di otto ore a letto nella maggior parte delle notti, è probabilmente la causa più comune di sonnolenza. I pazienti con insonnia non sono in grado di dormire normalmente quando hanno la possibilità di farlo.

### Diagnosi dell'insonnia

Se cerchi aiuto per l'insonnia, il medico neurologo inizierà chiedendoti quante ore di sonno e quali problemi hai avuto con il sonno in un periodo di 24 ore. Il tuo compagno di letto o *caregiver* può aiutarti a rispondere a queste domande perché potresti non essere consapevole di ciò che accade mentre dormi.

È possibile che ti venga chiesto di tenere un registro del sonno giornaliero, che è una registrazione dei tempi di sonno per una o due settimane.

Il medico può porre altre domande per determinare la causa dell'insonnia. Un esame fisico può essere eseguito per determinare se ci sono condizioni mediche o neurologiche che causano o peggiorano i problemi del sonno.

Test di laboratorio possono essere raccomandati per aiutare a identificare i disturbi medici o del sonno sottostanti, sebbene ciò non sia necessario per tutti coloro i quali soffrono d'insonnia. I test di laboratorio possono includere la polisonnografia, un esame accurato che utilizza monitor collegati al corpo per registrare i movimenti, l'attività cerebrale, la respirazione e altre funzioni fisiologiche. Questo test può essere utilizzato quando si sospetta un disturbo del sonno sottostante o se l'insonnia non ha risposto al trattamento.

### Approccio per insonnia acuta

L'insonnia a breve termine (che dura meno di un mese) è la forma più comune di insonnia e di solito deriva da stress psicologico o fisiologico.

Utile considerare l'uso a breve termine di una terapia preventiva. In questi casi, suggeriamo l'uso notturno o intermittente di un agonista del recettore della benzodiazepina ad azione breve o intermedia per due o quattro settimane per affrontare le interferenze immediate e l'ansia per il sonno. Questi farmaci sono generalmente efficaci e ben tollerati con l'uso a breve termine, senza eccessivo rischio di sedazione del giorno successivo o di *carryover*.

L'obiettivo della terapia farmacologica in questo contesto è ridurre al minimo l'ulteriore stress psicologico e fisico che produce l'insonnia. Inoltre, il trattamento dell'insonnia a breve termine può ridurre lo sviluppo di risposte cognitive e comportamentali disfunzionali all'insonnia che potrebbero altrimenti aumentare il rischio della stessa in forma cronica. Il *follow-up* tra le due e le quattro settimane è incoraggiato a rivalutare ulteriori cause di insonnia, attuali sintomi correlati al sonno, ansia per il sonno e rafforzare le buone abitudini del sonno. Se l'insonnia è persistente, si incoraggiano la valutazione e il trattamento con terapia cognitivo comportamentale dedicata.



## Approccio all'insonnia cronica

La terapia cognitivo comportamentale e la farmacoterapia sono le principali opzioni di trattamento per l'insonnia cronica, cioè quella che persiste nonostante un'adeguata identificazione e gestione dei fattori precipitanti e perpetuanti.

## Follow up e monitoraggio

L'insonnia è una diagnosi clinica e quindi la risposta al trattamento si basa sull'anamnesi e sull'autocontrollo del paziente. Un diario del sonno è un prezioso complemento della storia, poiché alcuni pazienti possono ricordare solo le notti in cui dormivano male.

I dispositivi digitali che riportano i parametri del sonno sono sempre più popolari e possono avere un certo valore, ma solo per confrontare il sonno prima e dopo il trattamento, poiché la loro accuratezza per le metriche del sonno assoluto è spesso scarsa.

Il *follow-up* dopo il primo mese di utilizzo del farmaco è indicato se è pianificato il trattamento continuato. Successivamente, si raccomanda un *follow-up* almeno ogni sei mesi.

Nei pazienti che non riescono a curare l'insonnia, è importante discutere le aspettative di sonno, in particolare quelle con età avanzata e comorbidità. In presenza di aspettative irragionevoli, tutti i trattamenti hanno un'alta probabilità di fallimento.

L'esame dei diari per la tempistica del sonno e la durata del tempo a letto può dimostrare condizioni che rendono improbabile il sonno ottimale (ad esempio eccesso di tempo a letto, orari di sonno variabili o tempi di veglia) o che il sonno è effettivamente migliorato.

Quando i trattamenti farmacologici falliscono, i medici dovrebbero determinare se il questo è dovuto alla mancanza di efficacia o agli effetti collaterali emergenti dal trattamento stesso. Entrambe queste limitazioni possono spesso essere risolte modificando la dose, i tempi o il farmaco specifico prescritto.

Quando le strategie di mitigazione falliscono, passare a un farmaco con un diverso meccanismo d'azione è spesso appropriato e può essere utile.

La durata dell'insonnia prima del trattamento farmacologico è il miglior fattore predittivo della probabilità di continuare ad assumere farmaci. Trasmettere questo messaggio può essere rassicurante quando i pazienti stanno valutando se i farmaci sono necessari e quindi spesso decidono di interrompere volontariamente la terapia.

## Bibliografia

1. Singareddy R, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, et al. *Risk factors for incident chronic insomnia: a general population prospective study*. *Sleep Med* 2012; 13: 346.
2. Kalmbach DA, Pillai V, Arnedt JT, et al. *Sleep system sensitization: evidence for changing roles of etiological factors in insomnia*. *Sleep Med* 2016; 21: 63.
3. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, et al. *Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline*. *J Clin Sleep Med* 2017; 13: 307.
4. Wilt TJ, MacDonald R, Brasure M, et al. *Pharmacologic Treatment of Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians*. *Ann Intern Med* 2016; 165: 103.
5. Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al. *Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial*. *JAMA* 1999; 281: 991.
6. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. *Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison*. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1888.
7. Morin CM, Vallières A, Guay B, et al. *Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial*. *JAMA* 2009; 301: 2005.
8. Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Guay B, Morin CM. *Long-Term Maintenance of Therapeutic Gains Associated With Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia Delivered Alone or Combined With Zolpidem*. *Sleep* 2017; 40.
9. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, et al. *Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians*. *Ann Intern Med* 2016; 165: 125.
10. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et al. *Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults*. *J Clin Sleep Med* 2008; 4: 487.
11. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, et al. *British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders*. *J Psychopharmacol* 2010; 24: 1577.
12. Brasure M, Fuchs E, MacDonald R, et al. *Psychological and Behavioral Interventions for Managing Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians*. *Ann Intern Med* 2016; 165: 113.
13. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia*. *J Sleep Res* 2017; 26: 675.
14. Matthews EE, Arnedt JT, McCarthy MS, et al. *Adherence to cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review*. *Sleep Med Rev* 2013; 17: 453.
15. Troxel WM, Conrad TS, Germain A, Buysse DJ. *Predictors of treatment response to brief behavioral treatment of insomnia (BBTI) in older adults*. *J Clin Sleep Med* 2013; 9: 1281.

# Trattamento mininvasivo delle vene varicose con Laser endovenoso (ELVeS) o con cianoacrilato, la “colla”

**Giuseppe Calandra**

Angiologo - Flebologo

Esperto in trattamenti endovascolari venosi

U.S.I. Serpentara - Via G. Pacchiarotti, 95

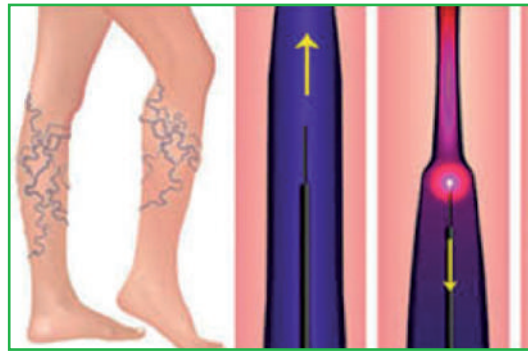
U.S.I. Doc Tuscolana - Via Tuscolana, 212/f

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22



Le vene varicose sono quelle fastidiose, inestetiche e talvolta pericolose dilatazioni delle vene superficiali degli arti inferiori che tanto affliggono un quinto della popolazione generale specie di genere femminile. Riguardo il trattamento delle vene varicose al giorno d'oggi alla chirurgia tradizionale si preferisce utilizzare metodiche endovascolari quindi mininvasive con poco o nessun intervento del bisturi e dell'anestesia.

Il laser endovenoso (ELVeS) per il trattamento della grande safena è oggi considerato il gold standard per la risoluzione del problema delle varici e più di recente è stata introdotta la metodica con il cianoacrilato, una vera e propria colla.



## ENDOLASER PER VARICI

La metodica laser per il trattamento delle vene varicose fu introdotta negli anni novanta ed è oggi considerata metodica di riferimento (gold standard) per il trattamento della patologia venosa da insufficienza safenica specie nei paesi anglosassoni.

La mininvasività di questa metodica associata ad elevata efficacia, massima sicurezza e rapidità operatoria la indicano come tecnica di eccellenza nel trattamento delle vene varicose da insufficienza safenica.

Già nel 2011 le linee guida americane della Society for Vascular Surgery e dell'American Venous Forum hanno sancito la raccomandazione ad utilizzare l'ablazione termica endovenosa anziché la tecnica chirurgica tradizionale dello stripping nel trattamento dell'incontinenza safenica.

Nel 2013 il NICE (National Institute for Health and Care Excellence) pubblica le nuove linee guida dove si sottolinea che il trattamento endovascolare termocclusivo è da preferirsi alla chirurgia perchè è meno in-

vasivo e costa meno per il SSN.

La procedura ELVeS non prevede tagli chirurgici, si esegue in anestesia locale o sedazione leggera, ha una durata breve di



circa 30 minuti e permette al paziente di riprendere immediatamente la deambulazione dopo il trattamento.

La tecnica di base prevede l'utilizzo di un laser a diodi con fibre ottiche radiali di ultima generazione di 1470 nm di lunghezza d'onda. Sulla base del mappaggio ecodoppler preoperatorio la fibra viene inserita all'interno della safena mediante puntura ecoguidata emettendo energia e provocando un'ablazione termica con oblitterazione-chiusura della vena. L'uso di tecniche e fibre di recente sviluppo consente di utilizzare bassi volumi di energia laser e massima selettività con un decorso post-procedura in assenza di dolore e minimi effetti collaterali.

Si forma quindi un cordoncino fibroso che si riassorbirà completamente in alcune settimane.

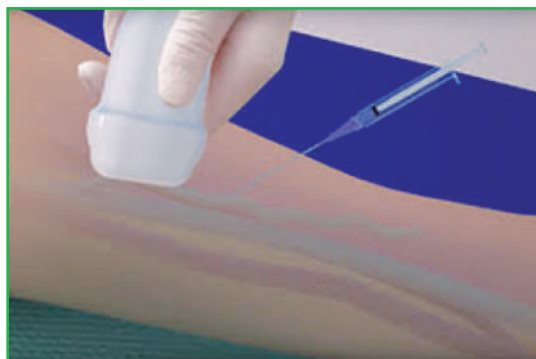
Il paziente indosserà poi una contenzione elastica e farà ritorno a casa potendo effettuare le normali mansioni domestiche in giornata mentre farà ritorno alle attività lavorative in 3 giorni.

## “COLLA” - CIANOACRILATO - PER VARICI

Da alcuni anni è possibile trattare le vene varicose con una tecnica mininvasiva innovativa attraverso l'uso di una sostanza, il cianoacrilato, una vera e propria colla. La procedura viene eseguita in ambulatorio, sotto guida ecografica e consente di ottenere l'oblitterazione della safena malata in modo estremamente selettivo eliminando quindi la causa principale delle varici. La safena malata non più funzionante viene quindi esclusa non asportata.

La safena trattata-oblitterata si trasforma in cordoncino fibroso che verrà poi riassorbito in 3-4 mesi.

La durata della procedura è breve. Il tutto avviene in



circa 20 minuti e non vi è necessità di anestesia tranne un minima area di pochi cm ed in anestesia locale, nè è necessaria la contenzione elastica post-procedura. Il paziente può quindi ritornare a casa e riprendere dopo 2-3 giorni le normali attività lavorative. Il soggetto userà poi una calza elastica nel mese successivo.

Con questa procedura si possono trattare soggetti anche ultra ottantenni o soggetti che non possono sottoporsi ad anestesia o soggetti in trattamento con farmaci che controindicano la chirurgia (ad es in terapia anticoagulante)

La metodica è efficace (percentuale di oblitterazione della safena a 5 anni 95%) e sicura con assenza di eventi avversi maggiori e bassa incidenza di eventi

minori secondo i vari studi controllati effettuati ed ha ricevuto l'avallo del FDA americano e del NICE (linee guida Ministero Salute Inghilterra) come sicurezza/efficacia.

I vantaggi quindi delle metodiche laser endovascolare e del cianoacrilato per il trattamento delle vene varicose sono:

- tecnica mininvasiva, nessun taglio chirurgico e quindi assenza di disagio psico-fisico per il paziente dovuto a traumi connessi all'atto chirurgico e/o da cicatrici antiestetiche
- anestesia locale o sedazione leggera oppure assenza di anestesia
- procedure rapide come tempi di esecuzione dai 20 ai 50 minuti e con profilo di massima sicurezza come effetti collaterali.
- ritorno alle attività domestiche immediatamente, ritorno alle attività lavorative/professionali in 2-3 giorni

### Bibliografia

- J. Vasc. Surg. 2011 May; 53(5 Suppl): 2S-48S. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum.
- NICE National Institute for Health and Care Excellence Varicose veins: diagnosis and management Clinical guideline [CG168] Published date: July 2017.



# Le manifestazioni otorinolaringoiatriche nell'infezione da Covid-19

*E.F.A. Bellizzi<sup>1</sup>, C. Marsico<sup>2</sup>, M.G. Bellizzi<sup>3</sup>, E. Marsico<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Consulente Otorinolaringoiatra U.S.I. - Roma

<sup>2</sup>Otorinolaringoiatra-Ospedale S. Eugenio - Roma

<sup>3</sup>Dottore in Medicina e Chirurgia-Università "La Sapienza" di Roma

<sup>4</sup>Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche "Università Niccolò Cusano" - Roma



La sintomatologia otorinolaringoiatrica è spesso presente nell'infezione da COVID-19 e, talora, sono proprio i sintomi a carico delle prime vie respiratorie a precedere la comparsa dei sintomi più gravi causati dalle lesioni polmonari del COVID-19. Per cui in corso di pandemia di COVID-19 tutti i pazienti con tosse, mal di gola o faringodinia, dispnea, iposmia o anosmia, soprattutto con anamnesi di viaggi nelle zone colpite dalla pandemia o con contatti con pazienti confermati o sospetti di infezione da COVID-19, devono essere considerati potenziali casi di COVID-19. Pertanto, l'otorinolaringoiatra è, tra gli specialisti, uno dei primi a dover porre sospetto di Covid-19 e, di conseguenza, dovrebbe sempre indossare di routine mezzi di protezione individuale durante l'esame di tali pazienti al fine di tutelare la propria salute ma anche delle altre persone a cui è a stretto contatto, per evitare di divenire veicolo esso stesso dell'infezione.

Alla fine del 2019 le autorità sanitarie cinesi hanno comunicato che a Wuhan, una popolosa città della provincia cinese di Hubei, era comparso un nuovo coronavirus che causava la Sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), caratterizzata in alcuni casi da gravi complicanze anche letali a carico del tratto respiratorio inferiore, in particolare a livello polmonare (1). L'11 febbraio 2020, la nuova malattia causata dal virus SARS-CoV-2 è stata ufficialmente denominata "COVID-19" dall'OMS (1). La sua alta facilità di trasmissione da uomo a uomo ha determinato prima una rapida epidemia di COVID-19 in Cina e poi una successiva pandemia globale (1) e, già il 30 marzo 2020, l'OMS comunicava un totale di 638.146 casi confermati e un numero di 30.039 decessi da COVID-19.

Il virus della SARS-CoV-2 umana presenta un genoma del tutto simile nel 96,2% al coronavirus dei pipistrelli, per cui i pipistrelli sono stati considerati come serbatoio naturale del virus, pertanto è stato ipotizzato che la SARS-CoV-2 umana potesse essere stata trasmessa all'uomo dai pipistrelli e, forse, anche attraverso altri animali mammiferi (1).

Secondo gli studi epidemiologici delle autorità cinesi la prima infezione da SARS-CoV-2 umana si è presumibilmente manifestata nel mercato ittico di Wuhan, dove venivano venduti animali vivi (1). Ed i primi casi COVID-19 sono stati osservati in soggetti che avevano precedentemente visitato questo mercato (1). Pertanto, una potenziale trasmissione da uomo a uomo è stata suggerita come la principale fonte di diffusione del virus (1) e che virus viene trasmesso tra le persone attraverso goccioline respiratorie prodotte da una

persona infetta mentre starnutisce, tossisce o parla e rimane a breve distanza da un'altra persona, con il contatto diretto con una persona con COVID-19 o un contatto diretto con le superfici contaminate da SARS-CoV-2 e successivo contatto con la propria cavità nasale, cavità orale ed occhi (1). È possibile, ma ritenuta più rara, anche la trasmissione oro-fecale del virus. È stato suggerito che la distanza di due metri tra una persona infetta e non infetta dovrebbe essere sufficiente per evitare l'infezione (2). E sembra accertato da studi sperimentali che il virus della SARS-CoV-2 è stato in grado di rimanere vitale negli aerosol per 3 ore (3), sulla superficie di alcuni materiali come plastica e acciaio inossidabile fino a 72 ore, mentre su cartone non è stato trovato alcun virus vitale dopo 24 ore (3).

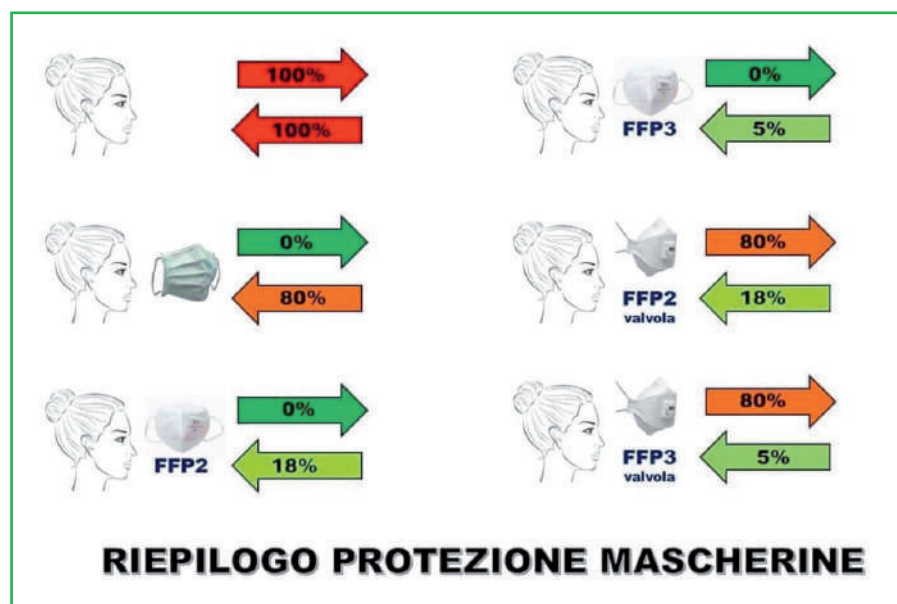
Si ritiene che il tempo di incubazione per COVID-19 dall'esposizione a SARS-CoV-2 raggiunga i 14 giorni, tuttavia, la maggior parte dei pazienti sviluppa la malattia COVID-19 dopo 4-5 giorni (intervallo tra 2 e 7 giorni) dopo l'infezione (4,5). Nella malattia da COVID-19 il paziente infettato è già contagioso anche durante il periodo di latenza, quindi i pazienti prima della manifestazione clinica di COVID-19 possono trasmettere il virus ad altri (1).

Sintomatologicamente la febbre, l'astenia marcata e la tosse secca sono considerati i sintomi più comuni di COVID-19 (6,8), mentre anoressia, dispnea, tosse produttiva e mialgie sono riportate in oltre il 25% dei casi (6), mal di gola, rinorrea, mal di testa, nausea e diarrea sono meno frequenti e si osservano principalmente in forme lievi o moderate della malattia (6).

Tosse, dispnea, faringodinia o mal di gola, rinorrea, congestione nasale, edema ed iperemia del faringe, edema tonsillare, linfonodi cervicali ingrossati e stato vertiginoso sono sintomi che l'otorinolaringoiatra può incontrare durante l'esame dei pazienti con COVID-19 (6,7).

Inoltre, diversi studi hanno riportato in pazienti affetti da COVID-19 iposmia ed anosmia e disturbi del gusto (7,8) anche ad insorgenza improvvisa. In Corea del Sud, Cina, Italia e Germania è stato osservato che un numero significativo di persone con COVID-19 era affetto da iposmia/anosmia, ed in Corea del Sud sembra che il 30% degli individui infetti abbiano sviluppato iposmia/anosmia. Varie ricerche in diversi paesi hanno osservato pazienti con COVID-19 che presentavano anosmia isolata, senza altri sintomi (8), questo ha suggerito che questi soggetti potrebbero essere tra i portatori nascosti di SARS-CoV-2 e tra i responsa-





bili della rapida diffusione di COVID-19. Sempre secondo tali studi i pazienti di età inferiore ai 40 anni sono più predisposti a sviluppare la forma di COVID-19 che si manifesta solo con iposmia/anosmia o disturbi del gusto (9,10). Per questo i pazienti con anosmia improvvisa devono essere testati per la presenza di SARS-CoV-2 e considerati come potenziali individui affetti da COVID-19 (8).

Per porre diagnosi certa di malattia di COVID-19 è necessaria la conferma del test molecolare COVID-19 che rileva la presenza di SARS-CoV-2 (10,11). Attualmente il test raccomandato specifico per il rilevamento di SARS-CoV-2 è il test di reazione a catena della trascrittasi inversa in tempo reale (RT-PCR). Un test RT-PCR positivo per SARS-CoV-2 conferma la diagnosi di COVID-19 nella stragrande maggioranza dei casi. La RT-PCR è considerata altamente specifica, tuttavia, in numerosi casi la sua sensibilità non sembra essere sufficiente per diagnosticare la malattia. L'esame molecolare viene eseguito su campioni ottenuti principalmente dal tratto respiratorio (10,11): tamponi nasofaringei, tamponi orofaringei, lavaggio broncoalveolare, aspirati endotracheali o espettorato.

I tamponi nasofaringei ed orofaringei sono attualmente i più comunemente utilizzati per la diagnosi di SARS-CoV-2., tuttavia ottenere campioni da questi siti può essere fastidioso e talora può causare epistassi, in particolare importanti nei casi in cui sono necessari prelievi nasali ripetuti e ricorrenti (10,11). Per tale motivo in molte strutture sanitarie i tamponi nasali ed orofaringei sono stati fatti eseguire dagli specialisti otorinolaringoiatri o da personale sanitario da loro addestrato, per la conoscenza dell'anatomia dei distretti nasali ed orofaringei e delle loro anomalie (deviazione del setto, etc...)

Inoltre, è stato anche riportato in letteratura che in particolare i tamponi dal rinofaringe o dall'orofaringe, potrebbero non essere abbastanza sensibili per rilevare SARS-CoV-2 (11,12). Comunque, secondo le attuali raccomandazioni, due test negativi eseguiti con un inter-

vallo di almeno 24 ore dovrebbero escludere COVID-19. Ma, nel caso di doppia negatività ma con sintomi clinici che suggeriscono fortemente la malattia COVID-19, l'espettorato o il liquido di lavaggio broncoalveolare (BALF) dovrebbero essere presi e testati (11). L'espettorato potrebbe essere analizzato per la presenza di SARS-CoV-2, tuttavia potrebbe essere difficile da ottenere in pazienti non produttivi (11,12). È stato anche proposto l'esame della saliva avendo ipotizzato che la saliva possa servire come materiale potenziale non invasivo per la diagnosi di COVID-19 (11), potendo la saliva essere auto-raccolta dal paziente. Ciò potrebbe eliminare l'esposizione sanitaria a stretto contatto con un paziente durante l'assunzione di tamponi naso-orofaringei (13,14). Oltre all'osservazione che in molti casi la saliva era materiale più adatto per rilevare il coronavirus rispetto al tampone rinofaringeo (13,14).

Comunque, nei casi in cui rimane il forte sospetto di COVID-19, secondo la letteratura, la tomografia computerizzata (TC) del torace che escluda di una polmonite interstiziale può essere molto utile nella diagnosi di COVID-19. Infatti, è stato suggerito che la TC toracica potrebbe essere ancora più sensibile nel rilevare COVID-19 rispetto al test ripetuto di RT-PCR. La sensibilità dei test RT-PCR e della TC toracica per la diagnosi di COVID-19 in soggetti sospetti ha raggiunto rispettivamente il 59% e l'88%. La TC della cavità toracica che rivela opacità a vetro smerigliato, infiltrati ed ispessimenti broncovascolari suggerisce fortemente l'infezione da SARS-CoV-2 (15).

Alla luce di questi dati della letteratura la proposta che durante la pandemia di COVID-19, la TC toracica debba essere eseguita nei pazienti prima delle operazioni ORL anche nei soggetti i con RT-PCR negativa non è assolutamente infondata(15).

Infatti, gli otorinolaringoiatri corrono un rischio molto elevato di infezione da SARS-CoV-2 lavorando clinicamente e chirurgicamente sulle vie respiratorie superiori che sono le localizzazioni principali del virus di SARS-CoV-2 (11,12).



## Le manifestazioni otorinolaringoiatriche nell'infezione da Covid-19

Infatti, secondo le attuali raccomandazioni della European Rhinologic Society, tutti gli interventi chirurgici ORL non urgenti dovrebbero essere rinviati in corso di pandemia di COVID-19 (9). Mentre per i pazienti che necessitano un intervento chirurgico urgente o un consulto ORL, l'otorinolaringoiatra deve indossare una maschera FFP3 / N95 resistente ai fluidi (fig.1), guanti e abito monouso resistenti ai fluidi, occhiali o schermo intero (9,12).

Per i chirurghi si consiglia l'uso di un doppio guanto durante gli interventi (2) ed una forte limitazione del numero dei membri del personale che partecipano alla sala operatoria durante un intervento chirurgico ORL urgente (2).

La tracheostomia è uno degli interventi chirurgici ORL urgenti più frequenti. Attualmente, durante la pandemia di COVID-19, ogni paziente che necessita di tracheostomia di emergenza deve essere considerato positivo al COVID-19, perché ritardare l'intervento in attesa del test di conferma di SARS-CoV-2 può mettere in pericolo la vita del paziente (16). In corso di epidemia da COVID-19 i pazienti più gravi sono affetti da marcata dispnea, nei pazienti con dispnea intermittente potenzialmente reversibile, deve essere eseguita l'intubazione anziché la tracheostomia (16), mentre le persone che presentano dispnea costante, in cui si sospetta fortemente la causa irreversibile della dispnea, è necessaria la tracheostomia (16).

La laringoscopia flessibile è un'altra procedura che genera aerosol che espone otorinolaringoiatri all'infezione da COVID-19 (14), dovrebbe essere eseguito solo se assolutamente necessario (12).

### Conclusioni

Le manifestazioni otorinolaringoiatriche non sono sintomi rari di COVID-19, specialmente nella forma lieve o moderata della malattia. Le disfunzioni ORL più comuni osservate nei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 sono tosse, secchezza e mal di gola e dispnea. Possono anche essere presenti rinorrea, congestione nasale, vertigini ed anosmia o iposmia anche improvvisa, quest'ultimo sintomo può essere anche il solo presente senza essere accompagnato da altri sintomi (11). Non è noto se l'iposmia/anosmia indotta da SARS-CoV-2 sia reversibile, anche se gli ultimi dati sempre deporre per una reversibilità alla guarigione della malattia (11,16). I sintomi ORL sembrano essere presenti nei pazienti più giovani e di solito compaiono inizialmente, e anche se possono precedere, talora, lo sviluppo di gravi casi di COVID-19, nella maggioranza dei casi sembrano rappresentare la presentazione clinica della malattia soprattutto nella sua forma lieve ed in soggetti giovani (11,18).

Poiché i sintomi ORL possono essere presenti prima che il paziente risulti positivo per SARS-CoV-2 nell'analisi molecolare, l'otorinolaringoiatra è estremamente a rischio di infezione da SARS-CoV-2 già durante l'esame clinico, il prelievo di campioni (tamponi nasali ed orofaringei) ed in corso di un intervento chirurgico (11,12).

Lo specialista ORL è uno degli specialisti che i pazienti con COVID-19 contattano più comunemente, per cui

durante la pandemia di COVID-19, ogni paziente con tosse, mal di gola, dispnea, iposmia/anosmia deve essere considerato come un potenziale caso di COVID-19. E durante la visita l'otorinolaringoiatra deve indossare una maschera FFP3/N95 resistente ai fluidi (fig.1), guanti e abito monouso e resistenti ai fluidi, occhiali o uno schermo facciale intero quando si esamina tale individuo (11,12)

Sono necessari ulteriori studi che analizzino perché non tutti i pazienti sviluppano sintomi ENT durante l'infezione SARS-CoV-2 e, in particolare, per capire il meccanismo che porta all'anosmia (11,17).

L'anosmia è spesso associata alle infezioni virali delle vie respiratorie superiori, anche in quelle causate dai precedenti coronavirus conosciuti prima della comparsa del SARS-CoV-2, che sono all'origine di comuni raffreddori. Solitamente è la secrezione mucosa e l'edema della mucosa nasale ad impedire alle molecole odorose di raggiungere i recettori della mucosa olfattoria, ma molti pazienti COVID hanno però riferito un'improvvisa e inspiegabile perdita dell'olfatto anche con il naso completamente libero, un sintomo che nella maggior parte dei casi è scomparso entro un paio di settimane, ma che in alcune persone è durato anche più a lungo.

Ma un recente articolo (17) ha evidenziato che alla TAC delle cavità nasali dei pazienti COVID presentano un'alterazione del tessuto della fessura olfattoria, la zona del naso di localizzazione della mucosa olfattoria. Nelle persone con infezione da COVID attiva, questa parte della volta nasale appare bloccata da tessuto molle edematoso, mentre il resto del naso è perfettamente normale, tanto che i pazienti non hanno difficoltà alla respirazione nasale.

Poiché il coronavirus SARS-CoV-2 penetra nelle cellule attaccando i recettori ACE2 che presenti sulla superficie delle cellule respiratorie rivestono le cellule dell'apparato respiratorio, inizialmente si è sospettato che il virus infettasse e distruggesse direttamente i recettori olfattori. Ma lo studio, già citato (17) ha evidenziato che i neuroni olfattivi sono privi di questi recettori, presenti invece sulle cellule di supporto dei recettori. Per cui si è ipotizzato che siano queste le cellule danneggiate dal virus e che la reazione immunitaria tipica della malattia da Covid-19 provoca infiammazione con edema di queste cellule di sostegno, e quando l'infezione guarisce tale stato infiammatorio edematoso cessa permettendo alle molecole odorose di nuovo raggiungere nuovamente i recettori neurali che resterebbero illesi.

### Bibliografia

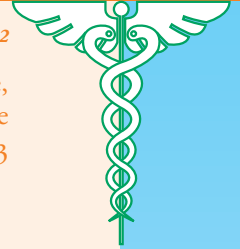
1. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, Tan KS, Wang DY, Yan Y: *The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease, 2019 (COVID-19) outbreak-an update on the status*. Mil Med Res. 2020; 7(1): 11. doi: 10.1186/s40779-020-00240-0.
2. GOV.UK (2020) COVID-19: *Infection prevention and control*. <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control>. Accessed 27 March 2020
3. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Hol-

- brook MG, Gamble A, Williamson BN, Tamin A, Harcourt JL, Thornburg NJ, Gerber SI, Lloyd-Smith JO, de Wit E, Munster VJ. *Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1*. N Engl J Med. 2020 doi: 10.1056/NEJMc2004973.
4. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DSC, Du B, Li LJ, Zeng G, Yuen KY, Chen RC, Tang CL, Wang T, Chen PY, Xiang J, Li SY, Wang JL, Liang ZJ, Peng YX, Wei L, Liu Y, Hu YH, Peng P, Wang JM, Liu JY, Chen Z, Li G, Zheng ZJ, Qiu SQ, Luo J, Ye CJ, Zhu SY, Zhong NS, *China Medical Treatment Expert Group for C Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China*. N Engl J Med. 2020 doi: 10.1056/NEJMoa2002032.]
  5. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, Ren R, Leung KSM, Lau EHY, Wong JY, Xing X, Xiang N, Wu Y, Li C, Chen Q, Li D, Liu T, Zhao J, Li M, Tu W, Chen C, Jin L, Yang R, Wang Q, Zhou S, Wang R, Liu H, Luo Y, Liu Y, Shao G, Li H, Tao Z, Yang Y, Deng Z, Liu B, Ma Z, Zhang Y, Shi G, Lam TTY, Wu JTK, Gao GF, Cowling BJ, Yang B, Leung GM, Feng Z. *Early Transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia*. N Engl J Med. 2020 doi: 10.1056/NEJMoa2001316.
  6. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. Lancet. 2020; 395 (10223): 497-506. doi: 10.1016/S0140-6736 (20) 30183-5.
  7. Xu XW, Wu XX, Jiang XG, Xu KJ, Ying LJ, Ma CL, Li SB, Wang HY, Zhang S, Gao HN, Sheng JF, Cai HL, Qiu YQ, Li LJ. *Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series*. BMJ. 2020; 368: m606. doi: 10.1136/ bmj. m606.
  8. Hopkins C, Kumar N (2020) *Loss of sense of smell as marker of COVID-19 infection (letter)*. ENT UK website. <https://www.entuk.org/sites/default/files/files/Loss%20of%20sense%20of%20smell%20as%20marker%20of%20COVID.pdf> Accessed 21 March 2020.
  9. European Rhinologic Society (2020). <https://www.europeanrhinologicsociety.org/> Accessed March 2020.
  10. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, Wang B, Xiang H, Cheng Z, Xiong Y, Zhao Y, Li Y, Wang X, Peng Z. *Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China*. Jama. 2020 doi: 10.1001/jama.2020.1585.
  11. Wojciech Krajewski, Krzysztof Zub, and Tomasz Zatoński *COVID-19 in otolaryngologist practice: a review of current knowledge*. Eur.Archiv.Otolaryngol. 2020; 277 (7): 1885-1897. Published online 2020 Apr 18. doi: 10.1007/s00405-020-05968-y
  12. Chan JYK, Wong EWY, Lam W. *Practical aspects of otolaryngologic clinical services during the 2019 novel coronavirus epidemic: an experience in Hong Kong*. JAMA Otolaryngol Head Neck Surgery. 2020 doi: 10.1001/jamaoto.2020.0488
  13. To KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C, Chan KH, Wu TC, Chan JMC, Leung WS, Chik TS, Choi CY, Kandamby DH, Lung DC, Tam AR, Poon RW, Fung AY, Hung IF, Cheng VC, Chan JF, Yuen KY. *Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva*. Clin Infect Dis. 2020 doi: 10.1093/cid/ciaa149.
  14. To KK, Lu L, Yip CC, Poon RW, Fung AM, Cheng A, Lui DH, Ho DT, Hung IF, Chan KH, Yuen KY. *Additional molecular testing of saliva specimens improves the detection of respiratory viruses*. Emerg Microbes Infect. 2017;6(6): e 49. doi: 10.1038/emi.2017. 35.
  15. Wu X, Cai Y, Huang X, Yu X, Zhao L, Wang F, Li Q, Gu S, Xu T, Li Y, Lu B, Zhan Q. *Co-infection with SARS-CoV-2 and influenza a virus in patient with pneumonia, China*. Emerg Infect Dis. 2020 doi: 10.3201/eid2606.200299s
  16. Harrison L Ramsden J, Winter S (2020) *Guidance for Surgical Tracheostomy and Tracheostomy Tube Change during the COVID-19 pandemic*. <https://www.entuk.org/tracheostomy-guidance-during-covid-19-pandemic>.
  17. David H. Brann, Tatsuya Tsukahara, Caleb Weinreb, Marcela Lipovsek, Koen Van den Berge, Boying Gong, Rebecca Chance, Iain Macaulay, Hsinjung Chou, Russell Fletcher, Diva Das, Kelly Street, Hector Roux de Be Yoon-i Choi, Davide Rizzo, Sandrine Dudoit, Elizabeth Purdom, Jonathan S. Mill, Ralph Abi Hachem, Hiroaki Matsunami, Darren W. Logan, Bradley J. Goldstein, Matthew S. Grubb, John Ngai, Sandeep . *Non-neuronal expression of SARS-CoV-2 entry genes in the olfactory system suggests mechanisms underlying COVID-19-associated anosmia*. BioRxiv 2020.03.25.009084.
  18. Singhal T. *A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19)* Indian J Pediatr. 2020; 87(4): 281-286. doi: 10.1007/s12098-020-03263-6.

# Cura della malattia varicosa (vene varicose): interventi chirurgici mininvasivi

*Luca Palombi<sup>1</sup>, Monica Morelli<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Medico Chirurgo Specialista in Chirurgia Vascolare,  
<sup>2</sup>Medico Chirurgo Specialista in Chirurgia Vascolare  
U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3



## Introduzione

Per Insufficienza Venosa Cronica (IVC) degli arti inferiori si intende un insieme di sintomi conseguenti ad un difficoltoso ritorno del sangue venoso dalle gambe verso il cuore causata dalla dilatazione e/o dal mancato funzionamento dell'apparato valvolare delle vene superficiali degli arti inferiori. Le varici, in particolare, sono dilatazioni permanenti della parete delle vene. Il numero di gravidanze, l'uso degli anticoncezionali orali e il sovrappeso contribuiscono alla loro formazione. La familiarità, il tipo di lavoro (che comporti ortostatismo o sedentarietà) e la stipsi cronica sono altri fattori che ne favoriscono l'insorgenza. Si calcola, secondo dati ISTAT, che circa il 30-40 % della popolazione italiana femminile e il 15 % di quella maschile ne sia affetta in varia misura. I disturbi della IVC variano dal semplice edema (gonfiore) delle gambe ad alterazioni più severe con gravi disagi per il paziente: pesantezza delle gambe, crampi, specialmente notturni, eczema da stasi, dolore serale, fino alla comparsa di vere e proprie complicanze quali la flebite, la trombosi e le ulcerazioni. L'IVC può essere organica, cioè causata da patologie delle vene (es.: varici, trombosi, ecc.), o funzionale, quando le vene, seppure sane, sono sottoposte ad un carico eccessivo da una postura (posizione del corpo) o da una funzione muscolare delle gambe alterate (alterazioni posturali della schiena, piede piatto, ecc.). Costituiscono indicazioni all'intervento chirurgico tutti i casi di insufficienza venosa cronica nei quali la terapia farmacologica (flebotonici) e fisica (elasto-compressione) non siano più in grado di prevenire o limitare l'evoluzione della malattia e le eventuali complicanze associate.

## TERAPIA FARMACOLOGICA

Con il termine di farmaci "flebotonici", si intende un gruppo piuttosto eterogeneo di sostanze, alcune delle quali di origine sintetica, ma la maggior parte di origine naturale, che svolgono una funzione vasoattiva. Queste sostanze, infatti, svolgono le seguenti attività:

- azione antiossidante;
- aumento del tono venoso;
- riduzione della fragilità vasale;
- diminuzione della permeabilità vasale, incremento dell'ossigenazione locale;
- blocco della sintesi dei mediatori dell'infiammazione;
- inibizione di collagenasi ed elastasi;
- stimolazione di sostanze ad azione antiaggregante.

## TERAPIA CHIRURGICA

Il trattamento chirurgico convenzionale della vena grande safena incontinente è stato rappresentato per anni dalla crossectomia (legatura della vena alla giunzione con il sistema venoso profondo) e stripping (asportazione della vena), combinato se necessario con flebectomie locali (asportazione con microincisioni di vene varicose). Negli ultimi dieci anni, le tecniche mini-invasive, hanno largamente sostituito la chirurgia tradizionale nel trattamento delle vene varicose.

Lo scopo della terapia chirurgica mininvasiva è l'obliterazione (chiusura) endovascolare (a cielo coperto) della vena varicosa, con la finalità di prevenire le possibili complicanze (se già esistenti impedirne l'estensione) ed eliminare o ridurre i sintomi dell'insufficienza venosa cronica. Il trattamento chirurgico dell'IVC si avvale di molteplici tecniche innovative, variamente integrabili tra loro in base alle condizioni del paziente, allo stato locale e grandezza delle vene. Le principali tecniche mininvasive attualmente disponibili sono il trattamento laser endovenoso (EVLA), il trattamento MOCA (ablazione meccanico-chimica), l'embolizzazione con N-2-butyl-cianacrilato (colla biocompatibile) e la scleromousse ecoguidata. Del resto, in particolare per la patologia varicosa, i dati in letteratura sono ormai concordi nel ritenere che i presidi fisici e farmacologici possono migliorare temporaneamente la funzionalità del sistema venoso compromesso, ma molto meno efficacemente del trattamento chirurgico. Pertanto, non sottoporsi all'intervento comporta il rischio di un progressivo peggioramento del quadro clinico e dei sintomi disturbanti.

## Tecniche Chirurgiche Mininvasive Endovascolari

**1. Trattamento laser endovenoso ELVA (Endo Laser Vein Ablation).** Si tratta di una procedura che utilizza l'energia luminosa (fotoni) del laser, che viene trasformata in calore. L'elevato calore generato dal laser provoca l'occlusione della vena. L'intervento viene eseguito in anestesia locale, ed attraverso l'introduzione, tramite la puntura ecoguidata della vena, di una sottile sonda. Una volta all'interno della vena, la sonda viene guidata con precisione, grazie al controllo ecografico intraoperatorio, lungo il segmento venoso da trattare e progressivamente, dopo l'emissione laser, ne procura la chiusura.

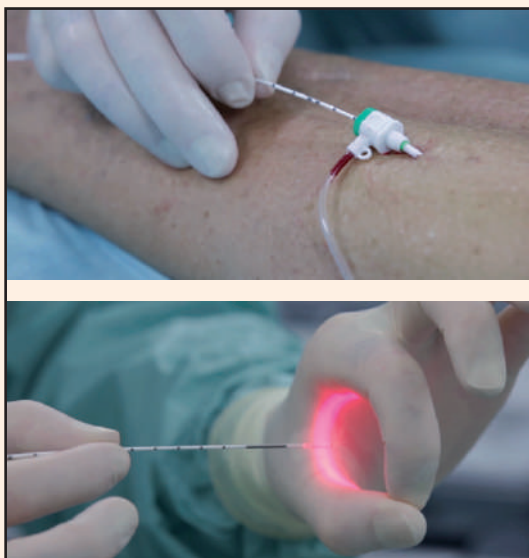


Immagine intraoperatoria durante trattamento endovascolare laser (EVLA) di termoablazione della vena safena interna (immagini cortesemente fornite da Neo Laser).

**2. Scleromousse Ecoguidata.** Trattamento realizzato attraverso la puntura ecoguidata delle vene varicose, attraverso la quale si inietta al loro interno di un liquido sclerosante. Questa sostanza farmacologica ha la capacità di determinare, attraverso un processo infiammatorio, l'occlusione del vaso sanguigno.

**3. Sistema per l'ablazione meccanico - chimica della safena (metodica MOCA).** Questa tecnica mira alla chiusura della vena, sfruttando l'azione combinata di una guida motorizzata (un particolare catetere che possiede una punta capace di una rotazione a veloci-

tà variabile) che danneggia l'intima venosa, e del liquido sclerosante (Atossiclerol 2% liquido). Questa tecnica viene eseguita con una piccola anestesia locale, necessaria esclusivamente per la puntura ecoguidata della vena.

**4. Occlusione con Cianacrilato (embolizzazione).** Questa tecnica endovascolare mira all'occlusione delle vene patologiche attraverso introduzione di una

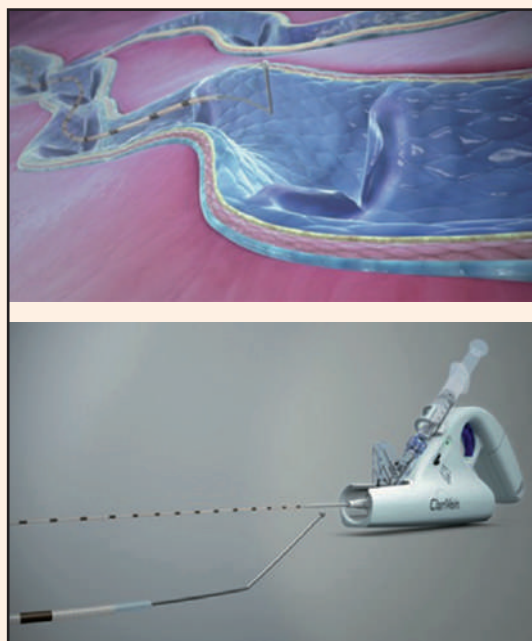
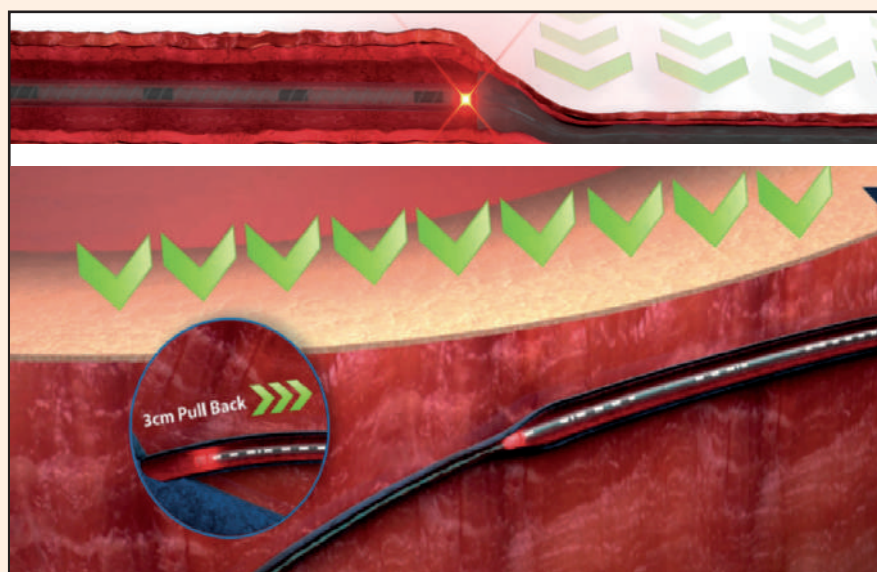


Immagine relativa ad occlusione con tecnica meccanico-chimica (MOCA) della vena safena interna. (raffigurazione cortesemente fornita da Vascular Insights).



Immagini relative ad occlusione con sistema VenaBlock (Cianacrilato) (raffigurazione cortesemente fornita da Invamed).



## Cura della malattia varicosa (vene varicose): interventi chirurgici mininvasivi

particolare colla biocompatibile (N-2-butyl-cianacrilato). La procedura avviene sempre attraverso la puntura ecoguidata della vena, con la quale si introduce un particolare catetere, con il quale è possibile iniettare il Cianacrilato. Questa tecnica determina il collabimento delle pareti venose, che aderiscono tra loro, bloccando il reflusso sanguigno.

Tutti gli interventi descritti hanno una durata media di circa 30 minuti e possono essere eseguiti in regime chirurgico ambulatoriale.

### Decorso postoperatorio

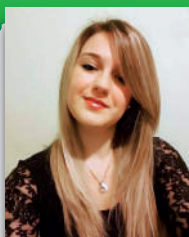
A differenza delle tecniche chirurgiche tradizionali, gli interventi mininvasivi consentono al paziente di recuperare l'immediata capacità deambulatoria (la dimissione avviene generalmente dopo solo 1 ora dall'intervento). Inoltre il dolore postoperatorio è generalmente di lieve intensità, in quanto il trauma chirurgico è notevolmente ridotto (queste tecniche di norma non richiedono punti di sutura). Nel postoperatorio viene utilizzata una calza elastocompressiva che va portata per i successivi 7 giorni dall'intervento sia di giorno che di notte. A domicilio non è necessario stare a letto, se non per il normale riposo. È consigliato muoversi e camminare per brevi periodi in maniera naturale, evitando tuttavia di stare in piedi troppo a lungo e fermandosi in caso di dolore. Viene

inoltre consigliata una rapida ripresa di tutte le attività fisiche al fine di facilitare la convalescenza e la guarigione.

### Riferimenti bibliografici:

- Linee guida NICE ( National Institute for Health and Care Excellence), SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare) e SIF (Società Italiana di Flebologia).
- Ontas H, et al. Comparison of ultrasound results following endovenous laser ablation and radiofrequency ablation in the treatment of varicose veins. *Ann Ital Chir.* 2019; 90:457-462.PMID: 31661439.
- Vähäaho S, et al. Five-year follow-up of a randomized clinical trial comparing open surgery, foam sclerotherapy and endovenous laser ablation for great saphenous varicose veins. *Br J Surg.* 2018 May; 105(6): 686-691.
- Boonying Siribumrungwong et al. Endovenous Ablation and Surgery in Great Saphenous Vein Reflux: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials Protocol. *BMJ Open* 2019.
- Marc E Vuylsteke, et al. Endovenous Ablation. *Int Angiol.* 2019 Feb; 38(1): 22-38.
- Brittenden J, Cotton SC, Elders A, et al. A randomized trial comparing treatments for varicose veins. *N Engl J Med* 2014; 371: 1218-27.





## Marika Sabella

Psicologa dello sviluppo e dell'educazione  
Esperta in diagnosi, potenziamento e trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento

## Introduzione

*Il 2020 è stato segnato da un'importante evento storico, caratterizzato dall'insorgenza di un virus molto potente: il Covid-19, detto anche Coronavirus. Questo virus ha portato problemi a livello fisico e psicologico, in quanto per evitare il contagio, siamo stati rinchiusi dentro casa come carcerati, dove l'unica valvola di sfogo era uscire al balcone e cantare canzoni italiane, appendere striscioni con scritto "andrà tutto bene", cucinare, preparare dolci, dipingere. Coloro che hanno affrontato più duramente questo periodo sono i bambini e gli adolescenti. Con la chiusura delle scuole, i ragazzi si sono ritrovati a dover fare i conti con una modalità di studio diversa, sconvolgendo del tutto la loro quotidianità. Attraverso i computer, social network e i siti per le videoconferenze, si sono ritrovati ad affrontare per la prima volta il distanziamento sociale. Tutto questo ha portato difficoltà evidenti, ma anche malessere psicologico, stress, ansia, cambiamento nei ritmi del sogno-veglia, cambiamenti sul piano alimentare, degli hobby, del gioco e dello studio stesso. Questo stato di confusione, ha portato i ragazzi a non riconoscersi più, a sperimentare emozioni contrastanti e a non sapere più come vivere la loro quotidianità. Durante la didattica a distanza, i ragazzi hanno cercato il più possibile di studiare e fare i compiti come normalmente sono abituati a fare, ma non è stato tutto così semplice.*

## La didattica a distanza

Cosa si intende per didattica a distanza?. Il termine didattica a distanza viene utilizzato per identificare un tipo di formazione ed insegnamento a distanza, dove non vi è una condivisione di uno spazio fisico tra studenti e docenti, ma tutto svolto dall'utilizzo dei mezzi tecnologici. In particolare, durante la pandemia, sono state frequenti le video lezioni da parte dei docenti e il caricamento di file e compiti su piattaforme online. Ciò ha portato vantaggi e svantaggi, vediamo.

*I vantaggi sono:*

- la didattica a distanza permette al docente e agli studenti di dedicarsi alla loro formazione da dove desiderano, risparmiando tempo;
- La possibilità di gestire il proprio tempo e organizzare la giornata, laddove gli orari delle videolezioni siano sempre rispettate;
- La possibilità di utilizzare mezzi tecnologici e quindi permettere anche l'apprendimento degli stessi;
- Continuare ad avere un senso di appartenenza e di legame, nonostante la situazione critica.

*Abbiamo però anche svantaggi:*

- La tecnologia annulla la dimensione dell'interazione tra docente e studente;
- La possibilità di avere un contatto umano, caratteriz-

zato da ascolto e gestualità, fondamentali per la comunicazione;

- La tecnologia appare meno diretta, lenta, anche con problemi di connessione e quindi con conseguenti perdite di tempo;
- Se la lezione è registrata si possono riscontrare difficoltà nella concentrazione e nella comprensione, per l'assenza di un volto a cui associare la voce;
- La scarsa dimestichezza con la tecnologia da parte di docenti, alunni e genitori.

## Conclusione

La situazione attuale è ancora devastante, per i ragazzi soprattutto c'è l'incertezza delle riaperture scolastiche a settembre e delle misure adottate per seguire le lezioni. La didattica a distanza, a mio avviso, ha permesso di non abbandonare gli alunni, ma tenerli in esercizio continuo. Nonostante tale aspetto positivo, non bisogna abbassare la guardia, in quanto i ragazzi hanno bisogno di quel contenimento da parte degli insegnanti e dei genitori, per poter affrontare al meglio questa situazione. Di fondamentale importanza sono i segnali o campanelli di allarme che i genitori dovrebbero cogliere, facendosi aiutare da uno psicologo, per effettuare un percorso in grado di poterli aiutare a ristabilire il loro benessere psicofisico e a ricominciare a vivere nella loro quotidianità ideale, nel miglior modo possibile.





## NUOVO LASER SMARTXIDE PUNTO

La tecnologia CO2 a Radiofrequenza è il sistema ideale per il trattamento di numerose aree, persino quelle ritenute più delicate come collo, décolleté e zona perioculare. Agisce, infatti, in modo specifico sul ringiovanimento dei tessuti, correggendo gli inestetismi cutanei e contrastando il processo di invecchiamento attraverso una efficace stimolazione della collagenogenesi.

Con il nuovo Laser CO2 è possibile trattare in maniera efficace molti inestetismi delle zone cutanee, salvaguardando il tessuto circostante in totale sicurezza e con tempi di guarigione brevi.

Il trattamento è particolarmente indicato per la rimozione di: cheratosi seborriche ed atipiche, nevi epidermici, condilomi, adenomi sebacei, fibromi molluschi, siringomi, xantelasmi, verruche, neurofibromi, rinofimi e cicatrici.

La pelle invecchia troppo in fretta e spesso è colpa del tempo che passa ma il motivo principale risiede in uno stile di vita sbagliato: alcool, fumo, errata alimentazione ed esposizione prolungata al sole sono le cause primarie di un invecchiamento precoce.

Grazie al nuovo Laser CO2 è possibile intervenire sugli inestetismi della pelle come: rughe, lesioni pigmentate, cicatrici da acne o varicella e smagliature, stimolando la rigenerazione dei tessuti e donando così una pelle liscia e curata.

Il trattamento viene eseguito in totale sicurezza e con ottimi risultati sul corpo, sul viso, décolleté e mani.

Gli effetti del trattamento sono: immediata retrazione dei tessuti trattati (effetto lifting), una delicata levigazione delle rughe, cancellazione delle macchie di origine solare e senile, stimolazione della collagenogenesi fino a sei mesi dopo il trattamento.

La durata del trattamento dipende dalla dimensione e dalla gravità dell'inestetismo. In media le sedute hanno una durata variabile da dieci a trenta minuti.

Il trattamento è ben tollerato e, se necessario, è possibile utilizzare una piccola quantità di crema anestetica oppure effettuare una piccola anestesia locale.

Dopo ogni trattamento si potrà presentare un leggero eritema e/o gonfiore destinato a scomparire in poco tempo. Per sette - dieci giorni dalla fine del trattamento dovranno essere utilizzate per la medicazione domiciliare creme antibiotiche ed emollienti, evitando l'applicazione di qualsiasi tipo di cosmetico fino alla completa guarigione. Successivamente potrà essere applicato anche il make-up.

È, inoltre, fortemente consigliato l'utilizzo di creme idratanti e di protezione solare senza limiti di durata.

Grazie alle infinite possibilità di impostazione ogni impulso Laser ha più di un milione di combinazioni. La flessibilità di ogni impostazione permette di selezionare varie figure geometriche, scansionandole: DOT, LINEA, TRIANGOLO, ESAGONO, RETTANGOLO, ANELLO, ELISSE. È stata, inoltre, introdotta la modalità "SPRAY" che permette di rifinire i bordi e le superfici cutanee più delicate.

U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale) ha introdotto il nuovo Laser SMARTXIDE PUNTO per assicurare, come sempre, ai suoi pazienti i migliori risultati con la minore invasività possibile e con i più brevi tempi di recupero.



**Rughe severe**

Per gentile concessione del Prof. G. Cannarozzo - P. Campolmi



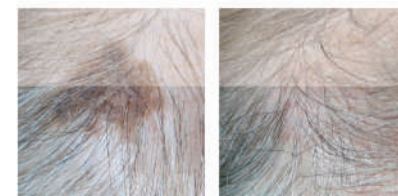
**Resurfacing frazionato**

Per gentile concessione del Dr. G. D'Alessandro



**Smagliature**

Per gentile concessione della Dr.ssa M. N. Lisco



**Cheratosi seborroica**

Per gentile concessione del Prof. G. Cannarozzo - P. Campolmi

Reparto di Medicina Estetica - USI

Tel. 06 - 32868.288 - 32868.1

Cell. 337 - 738696

e-mail: medestetica@usi.it

# PANDEMIA, LOCKDOWN E QUARANTENE

*La funzione “terapeutica” della scrittura  
e della lettura come antidoto alla depressione  
da distanziamento sociale o isolamento*



**Vito Manduca**

Editore, scrittore e saggista

**L**ockdown, declinato nei vari significati in italiano (isolamento, confinamento, blocco, coprifuoco, distanziamento sociale) ha condizionato, e tuttora condiziona, le persone d'ogni età, sesso e nazionalità molto di più di quanto possa averlo fatto la paura concreta del contagio.

Sappiamo come l'uomo (inteso come specie e non come genere) sia un animale altamente sociale al punto che l'isolamento porta gradualmente alla fine della stessa vita. Già il semplice timore della perdita di una qualsivoglia libertà personale produce sofferenza e induce alla ribellione chiunque ne venga minacciato. Figuriamoci poi l'imposizione *erga omnes* e con scarse possibilità di trasgressione o di evasione, quando intere nazioni, di fatto, sono trasformate in recinti e, al loro interno, in prigioni con le forze dell'ordine a presidiare ogni via di fuga, come le guardie carcerarie nei penitenziari.

Senza considerare la capacità di controllo esercitata dagli stessi componenti dei nuclei familiari, al cui interno vi sono immancabilmente persone più responsabili e rigorose e persone meno responsabili e più recalcitranti o ribelli. Non bastasse, gli inclini alla trasgressione devono fare i conti non solo con il rischio di incappare nei controlli e nelle conseguenti sanzioni ma anche con la probabilità di intercettare il virus, contagiarsi e, fatto moralmente ancora più condizionante, portare il virus dentro le mura domestiche con conseguenze gravi sui familiari incolpevoli.

In Cina, dove tutto ebbe inizio, il sottrarsi al *lockdown* rappresenta d'altronde un reato così grave da contemplare come sanzione estrema perfino la pena di morte. Previsione certo grave e deprecabile, la pena di morte, non giustificabile a parere di chi scrive neppure di fronte alla trasmissione dolosa del virus, tuttavia non nuova in Oriente con riferimento alle pandemie. I cinesi avevano adottato tale misura anche di fronte alla precedente pandemia da coronavirus, la SARS negli anni Ottanta. Anche in quella circostanza mi sono espresso in merito nel mio saggio *Rottami eccellenti*.

La severità delle autorità nel pretendere il rispetto delle misure restrittive è stata massivamente diffusa a tutti i Paesi che, dopo la Cina, hanno dovuto via via addivenire a misure di distanziamento sociale: anche in Italia si era ben consapevoli su come comportarsi. Non saranno sfuggite a nessuno, o solo a pochi distratti, le immagini, quasi “virali”, che dalla Cina hanno fatto il giro del mondo e raggiunto ogni Paese connesso: la donna anziana, peregrina per strada, inseguita dal volo di un drone che la ammoniva di rientrare a casa.

Sembrava fantascienza o *fantainformazione* ma ben presto avremmo constatato che anche in Italia la tecnologia di ultima generazione sul controllo del territorio è ormai una realtà. Diversi sono stati i casi di riprese dal drone di poliziotti che inseguivano, talvolta anche in modo esilarante, i trasgressori.

È intuibile che affrontare il *lockdown* con questo spirito, con l'occhio del grande fratello sempre in agguato, non ha potuto che amplificare le ansie e il senso di sentirsi prigionieri in casa da parte dei più vulnerabili psicologicamente.

Credo che *la conta* precisa delle persone entrate in depressione sfuggirà a ogni modello statistico o matematico. Tuttavia è per tutti evidente l'esigenza di supporto psicologico post-traumatico non solo per i casi patologici ma anche per tutti coloro che riterranno di non farcela da soli a sopportare il peso del cambio epocale di approccio nei confronti della socialità. Quello che ho potuto constatare nel periodo del *lockdown*, da un osservatorio speciale quale è quello di un editore, è la conferma di ciò che, sia come editori sia come scrittori, sosteniamo da sempre ovvero la funzione terapeutica dei libri, sia da leggere sia da scrivere; terapia che in alcuni casi – soprattutto in coloro che godono della fortuna o del privilegio di avere la passione per la lettura o per la scrittura, meglio se per entrambe – è più immediata, efficace e a costo quasi zero (gli amanti della lettura hanno sempre una biblioteca ben fornita e per la scrittura basta un computer o una vecchia biro con un quaderno, come fa il nostro autore più anziano e più prolifico di Roma l'ottantenne Mario Giacomozzi. In arte GMarius, ha all'attivo oltre 35 libri pubblicati, tutti scritti rigorosamente su quaderni di scuola con la biro).

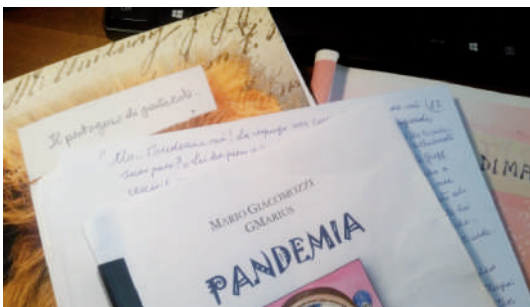
La constatazione è stata concreta e resa possibile dall'incremento delle proposte editoriali pervenute da autori vecchi e nuovi già all'indomani del *lockdown* e dalle richieste dirette di libri da acquistare in seguito alla chiusura delle librerie. Un aumento di attività che ci ha suggerito di proseguire, senza orario, il lavoro, favoriti dal fatto di disporre degli studi anche all'interno dell'abitazione, sede obbligata della quarantena. Grazie a tale disponibilità e, soprattutto alla risposta degli appassionati dei libri, non si sono rese necessarie richieste di finanziamenti pubblici o di “sostegni” a fondo perduto, previsto per tutti coloro che hanno “registrato perdite di fatturato nel mese di aprile”, dalla piccola partita IVA con seicento euro alle grandi case automobilistiche con miliardi di euro. Siamo orgogliosi e fieri di aver fatto risparmiare, nel nostro picco-



## Pandemia, lockdown e quarantene



Lo scrittore romano G. Marius



lo, lo Stato a beneficio di chi ha avuto sofferenze certificabili, a prescindere dalle dimensioni.

Il team editoriale di EDDA Edizioni, consapevole della funzione sociale del suo agire, percepita da tante persone, funzione che le autorità preposte fanno sempre fatica a riconoscere all'editoria e alla cultura in generale, si è messo a disposizione, senza distinguere orari o feste, sia sui social sia attraverso l'attività di mailing e o i contatti telefonici di tutti coloro già in rapporto con la casa editrice o che ne avessero intercettato in quell'occasione le attività. Personalmente, quando ancora non era chiaro il terreno da cui trarre la materia per confezionare nuovi libri sul fenomeno epocale che si affacciava sul pianeta Terra, ho deciso di accelerare la pubblicazione di un libro su un argomento, lo sport, precisamente il calcio, che appassiona milioni di persone in Italia e nel mondo e che, si era capito fin dai primi giorni, sarebbe stato forse più di altre attività sportive soggetto a *lockdown*. Così è stato e, infatti, solo ora si inizia a parlare di ripartenza. La scelta quindi di uscire a marzo col libro *Novecento... Roma nel pallone. Il calcio romano di una volta* è stata ragionata proprio per distogliere un po' l'attenzione, fin troppo concentrata sulle negatività del "nemico invisibile", di coloro che avessero intercettato il libro e volessero magari documentarsi, divertendosi con i versi romaneschi che arricchiscono il volume, sulla storia del calcio – romano e italiano – a partire dai pionieri della fine dell'Ottocento fino alla grande Roma di Francesco Totti.

Accogliendo le sollecitazioni provenienti da diverse direzioni, la redazione ha deciso di non limitare l'*assist* agli amanti della scrittura al solo periodo del *lockdown*. L'iniziativa *Racconta la tua quarantena* è un'operazione di ampio respiro e di orizzonti che vanno oltre gli sfoghi individuali attraverso i racconti e i diari, limitati al periodo della quarantena effettiva. A

parte la validità narrativa delle opere esaminate per selezionare quelle degne di pubblicazione, il coinvolgimento si è rivelato prezioso per quelle persone che vi hanno aderito e che hanno testimoniato di aver trovato giovamento, fisico e mentale, per il solo fatto di impegnare l'intelletto a produrre pensieri su carta, pur nell'incertezza di vedersi pubblicati, distraendo la mente quel poco, risultato bastevole, a non deprimersi. Non ci pare cosa da poco. Finito il periodo della quarantena, l'iniziativa si spinge oltre, intanto fino alla fine del 2020 ma, in realtà, vuole accompagnare l'avvio di questa nuova fase dell'umanità dove, si dice, nulla sarà come prima. L'opinione di chi scrive si colloca a metà fra i due estremi "tutto tornerà come prima" e "nulla sarà come prima". La ripartenza che stiamo vivendo ne è la dimostrazione: la tentazione di tutte le società analizzabili è quella di ritornare esattamente a riprodurre il *modus vivendi* di prima quasi rimuovendo il pericolo che ancora incombe su tutti, con buona pace per gli scienziati. Anche tra i politici si registrano posizioni non univoche, come d'altronde nel periodo del *lockdown*. Si va così dalla prudenza eccessiva di tanti alla spregiudicatezza negazionista di altri, alla cui estrema si colloca ancora il presidente del Brasile, al punto di vagheggiare "l'invasione dei reparti Covid per dimostrare che il virus non esiste". Politica ovviamente sconsiderata, come sconsiderato sarebbe chiudersi in scafandri individuali. Ecco, l'orizzonte temporale dell'iniziativa editoriale vuole accompagnare questo trapasso dal prima al poi, almeno fin quando la scienza medica non metterà a disposizione di tutti gli uomini e le donne vaccini, diagnosi certe e terapie tali da poterci far affermare che, se non proprio tutto, tanto tornerà come prima. Meglio se possibilmente migliorato da maggiore igiene, da maggiore prudenza anche nelle modalità di scambiarsi effusioni tra sconosciuti. Insomma, il parere di chi scrive è che se l'insorgenza dell'HIV non ha impedito di continuare ad amarsi e a riprodursi, ha insegnato a quella parte di umanità, in grado di apprendere, la corretta gestione anche delle dinamiche sessuali senza rinunciare all'estasi e al grande valore delle trasgressioni. Al pari, l'esperienza del Covid-19 lascerà sicuramente traccia della relativa prudenza nelle relazioni senza rinunciare al piacere immenso e insostituibile dell'amicizia e della convivialità, toccasana anche per l'equilibrio psicofisico delle persone.

L'iniziativa *Racconta la tua quarantena*, che proseguirà come *Immagina e racconta la nuova era post Covid-19*, è aperta a tutti. Particolarmente apprezzati e graditi saranno gli elaborati di persone gravitanti nella Sanità privata o pubblica, impegnata ieri, oggi e domani a fronteggiare, più o meno da eroi, i veri nuovi nemici dell'umanità rappresentati dai virus vecchi e nuovi conosciuti e sconosciuti, di cui sarà impossibile liberarsi del tutto e per sempre.

Partecipare alla selezione è semplice e gratuito, basta inviare i file Word, corredati di una breve nota biografica, a [redazione@eddaedizioni.it](mailto:redazione@eddaedizioni.it)

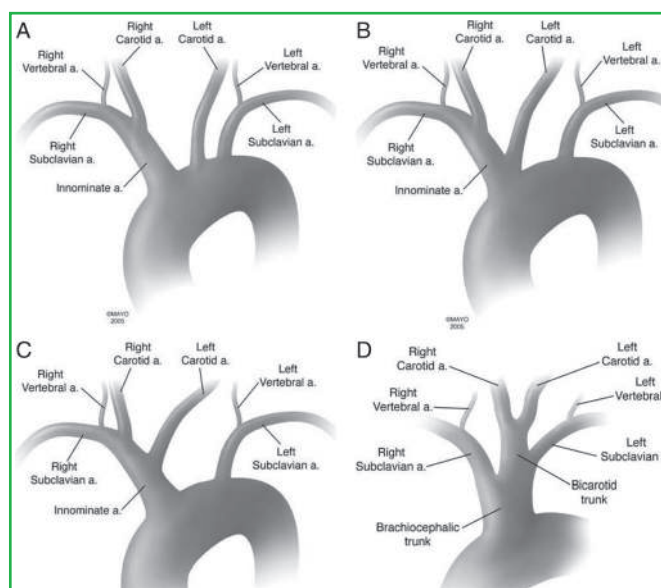




**Bruno Pironi**

Emodinamista  
Osp. Figlie di S. Camillo - Roma

*A prosecuzione del precedente articolo cercheremo ora di analizzare indicazioni e tecniche di rivascolarizzazione con un particolare riguardo tecnico alle tecniche di rivascolarizzazione percutanea.*



**Fig. 1** - Aortic arch types. Panel A. The most common aortic arch branching pattern found in humans has separate origins for the innominate, left common carotid, and left subclavian arteries. Panel B. The second most common pattern of human aortic arch branching has a common origin for the innominate and left common carotid arteries. This pattern has erroneously been referred to as a "bovine arch." Panel C. In this variant of aortic arch branching, the left common carotid artery originates separately from the innominate artery. This pattern has also been erroneously referred to as a "bovine arch." Panel D. The aortic arch branching pattern found in cattle has a single brachiocephalic trunk originating from the aortic arch that eventually splits into the bilateral subclavian arteries and a bicarotid trunk. a. Indicates artery. Reprinted with permission from Layton et al.

### Rivascolarizzazione carotidea

Iniziamo il nostro percorso dal circolo extracranico e dalla patologia dei rami carotidei, soprattutto della arteria carotide interna, la cui patologia è responsabile di parte degli ictus ed episodi ischemici cerebrali. Le linee guida di riferimento prendono in considerazione le indicazioni alla rivascolarizzazione sia per i pazienti sintomatici che asintomatici; assumendo nel primo caso un ruolo in prevenzione secondaria nel secondo in prevenzione primaria.

Le linee guida americane pongono come indicazione principale per i pazienti sintomatici la rivascolarizzazione chirurgica in presenza di stenosi del 70%, riservando un ruolo allo stenting carotideo soprattutto per i pazienti ad alto rischio chirurgico correlate alla complessità ed alla compromissione delle condizioni cardiologiche del paziente o conformazioni anatomiche del collo. Per i pazienti asintomatici rimane ancora una zona grigia sulle indicazioni alla rivascolarizzazione anche

se oramai, grazie alla sempre maggiore evoluzione sia delle tecniche chirurgiche che delle tecniche di interventistica percutanea le stenosi >70% vengono trattate tutte.

Il trattamento della patologia carotidea è espressione di una multidisciplinarietà poiché mentre la procedura chirurgica viene eseguita dal chirurgo vascolare, lo stenting viene eseguito sia dal chirurgo, che dal cardiologo, che dal radiologo interventista.

Quello che emerge dai vari studi è che indipendentemente dalla tecnica utilizzata quello che conta è l'esperienza dell'operatore; tant'è che uno dei principali studi di confronto tra le due tecniche, il CREST (Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial) ha arruolato 1321 (53%) pazienti sintomatici e ha documentato l'assenza di differenze nell'endpoint primario, costituito da ictus, IM e morte per tutte le cause nel periodo periprocedurale, nonché nel tasso di tutti gli ictus ipsilaterali entro 4 anni dalla randomizzazione, fra TEA ( $8,4 \pm 1,2\%$ ) e PTA ( $8,6 \pm 1,1\%$ ) (27). Se ci si focalizza solo sull'incidenza



dell'ictus (per es., ictus periprocedurale e/o ictus ipsilaterale postprocedurale), entrambe le procedure studiate hanno comportato tassi simili a 4 anni (ISAC,  $7,6 \pm 1,1\%$  vs EAC,  $6,4 \pm 1,1\%$ ;  $p = 0,25$ ). Altro dato che è emerso è che le complicanze peri e postprocedurali si sono andate riducendo nel corso dell'arruolamento in relazione al sempre maggior expertise degli operatori.

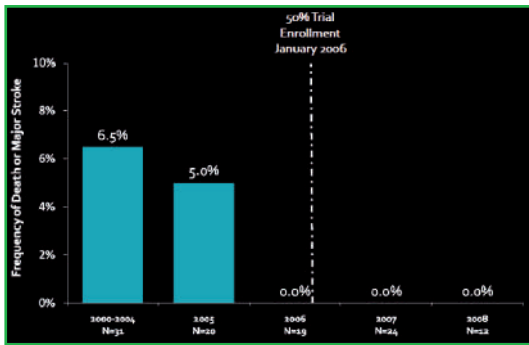


Fig. 2 - Riduzione della mortalità nel corso di arruolamento in pz >80 anni.

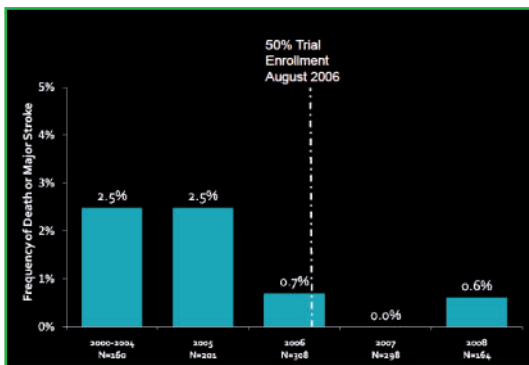


Fig. 3 - Riduzione della mortalità di tutti i pz nel corso dell'arruolamento

Ovviamente la chirurgia è comunque preferibile in presenza di 1) accesso vascolare compromesso, 2) reazioni gravi al mezzo di contrasto iodato, 3) nefropatia cronica tale da mettere il paziente a rischio di una nefropatia indotta dal mezzo di contrasto. Dall'altra parte una età avanzata può rendere rischioso l'intervento chirurgico. Le due tecniche in mani comunque esperte oggi devono essere considerate come interscambiabili, rimanendo sempre presente una enorme variabilità legata alle caratteristiche delle lesioni e dell'anatomia dei vasi

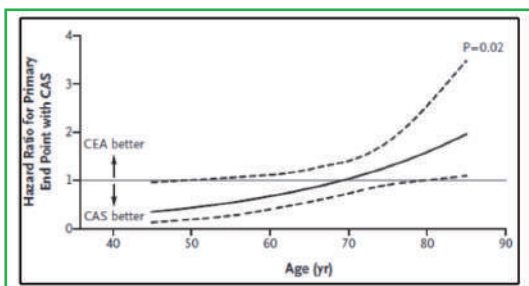


Fig. 4 - Confronto CEA (intervento chirurgico) CAS (stenting) correlato con età

**Summary of Recommendations Regarding the Selection of Revascularization**

|                | Symptomatic Patients |                      | Asymptomatic Patients |
|----------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
|                | 50% to 69% Stenosis  | 70% to 99% Stenosis* | 70% to 99% Stenosis*  |
| Endarterectomy | Class I<br>LOE: B    | Class I<br>LOE: A    | Class IIa<br>LOE: A   |
| Stenting       | Class I<br>LOE: B    | Class I<br>LOE: B    | Class IIb<br>LOE: B   |

The severity of stenosis is defined according to angiographic criteria by the method used in NASCET<sup>37</sup> but generally corresponds as well to assessment by sonography<sup>112</sup> and other accepted methods of measurement. See Section 7.2 to 7.4.4 for details.  
LOE indicates level of evidence.

Fig. 5

**Long-term Outcomes After Stenting vs CEA for Treatment of Symptomatic Carotid Stenosis**

ICSS: 1,713 patients randomized to CAS (n = 855) or CEA (n = 858) at 50 centers worldwide, 2001-2008.

| 5-Year Follow-up       | CAS (n = 853) | CEA (n = 857) | HR (95% CI)      |
|------------------------|---------------|---------------|------------------|
| Fatal/Disabling Stroke | 6.4%          | 6.5%          | 1.06 (0.72-1.57) |
| Any Stroke             | 15.2%         | 9.4%          | 1.71 (1.28-2.30) |
| All-Cause Death        | 17.4%         | 17.2%         | 1.17 (0.92-1.48) |

The difference in 'any stroke' was mainly due to an excess of nondisabling strokes (73 in the CAS group vs 27 in the CEA group).

**Conclusion:** Long-term data on symptomatic patients demonstrate similar rates of fatal or disabling stroke between CAS and CEA.

Bonati LH, et al. Lancet. 2014;Epub ahead of print.

tctmd The Source for Interventional Cardiovascular News and Education

Fig. 6

### Tecnica dello stenting carotideo

La tecnica dello stenting carotideo è molto simile alla angioplastica coronarica poiché consiste nel posizionare uno stent all'interno della carotide malata, previo posizionamento di un filtro a valle (filtro distale, esiste anche una tecnica con un sistema di filtro prossimale, meno usata), a protezione del circolo cerebrale.

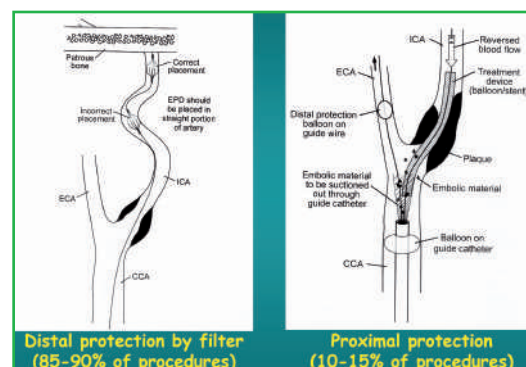
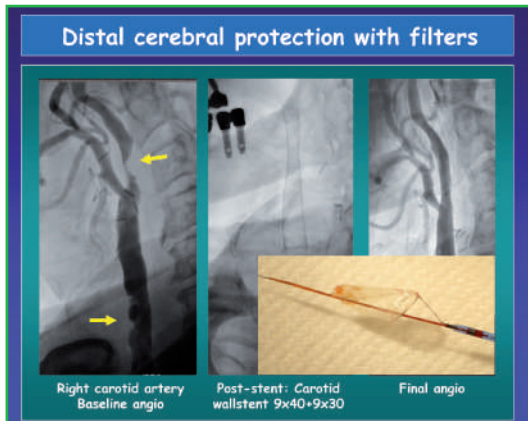


Fig. 7 - Filtro distale e prossimale



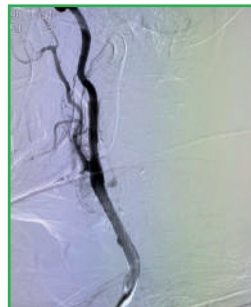
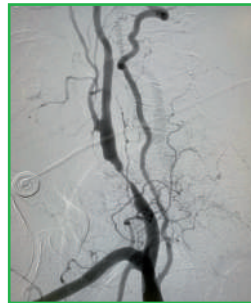
**Fig. 8** - Nelle immagini soprastanti è rappresentato il risultato di PTA carotidea con evidente la presenza del filtro di protezione distale che dopo la PTA carotidea mostra piccoli frammenti nella sua punta: Questo dimostra l'utilità dell'innovazione tecnologica che ha consentito alle tecniche di rivascolarizzazione percutanea di essere sempre più sicure e "semplici" da eseguire.

**CASO CLINICO**

Paziente di 72 anni con precedente PTA carotidea, 2 aa prima paucisintomatica con un sospetto episodio di TIA; all'ecoDoppler evidenza di ridotto flusso all'interno dello stent come per stenosi prossimale; alla Tc si conferma la presenza di una placca disomogenea a monte dello stent precedentemente impiantato.

Lesame angiografico mostra una stenosi critica de novo nella carotide comune a monte del precedente stent impiantato all'origine della carotide interna destra.

Si è pertanto deciso di eseguire una PTA, rapidamente, posizionando un filtro di protezione distale ed impiantando uno stent autoespandibile a coprire la stenosi parzialmente embrocato con il precedente. Si è avuto un temporaneo slow flow di alcuni secondi a causa del parziale intasamento del filtro distale, che una volta rimosso ha portato a questo risultato finale, con completa ricanalizzazione del vaso e copertura della placca, circolo cerebrale intracranico integro. Non reliquati neurologici per la paziente.



**Rivascolarizzazione patologia del distretto iliaco-femoro-popliteo**

La patologia aterosclerotica del distretto aorto-iliaco-bifemorale è estremamente complessa anche perché correlata a molteplici manifestazioni cliniche e morfologiche che richiedono una notevole variabilità di trattamenti invasivi, molte volte ibridi o meglio combinati tra chirurgia, cosiddetta "open" e interventistica percutanea. Nel tentativo di sintetizzare un orientamento ci vengono in aiuto le linee guida che tentano di "semplificare" il rapporto tra sede della lesione, caratteristiche anatomiche e tipologia di rivascolarizzazione.

|                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| Tipo A                               | - Stenosi mono o bilaterale dell'arteria iliaca comune<br>- Stenosi mono o bilaterale (<5 cm) dell'arteria iliaca esterna  |  |
| <b>ENDOVASCOLARE</b>                 |  |  |
| Tipo B                               | - Stenosi brevi (<5 cm) dell'aorta sottorenale<br>- Occlusione monolaterale dell'arteria iliaca comune<br>- Stenosi isolate o multiple di 5-10 cm coinvolgenti l'arteria iliaca esterna, che non raggiungono l'arteria femorale comune<br>- Occlusione monolaterale dell'arteria iliaca esterna non coinvolgenti l'origine dell'arteria iliaca interna o l'arteria femorale comune   |  |
| <b>PREFERIBILMENTE ENDOVASCOLARE</b> |  |  |
| Tipo C                               | - Occlusione bilaterale delle aa. iliache comuni<br>- Stenosi bilaterali (3-10 cm) dell'a. iliaca esterna non coinvolgenti l'a. femorale comune<br>- Stenosi monolaterale dell'a. iliaca esterna coinvolgente l'origine dell'a. iliaca interna e/o dell'a. femorale comune<br>- Occlusione monolaterale dell'a.iliaca interna coinvolgente l'origine dell'a. iliaca interna e/o dell'a. femorale comune<br>- Calcificazioni importanti monolaterali dell'a. iliaca esterna con o senza coinvolgimento dell'origine dell'a. iliaca interna e/o dell'a. femorale comune        |  |
| <b>CHIRURGIA OPEN</b>                |  |  |
| Tipo D                               | - occlusione sotto-iliaca sottorenale<br>- lesioni diffuse coinvolgenti l'aorta ed entrambe le aa. iliache<br>- stenosi multiple coinvolgenti le aa. iliache comuni, iliaca esterna e femorale comune: omolaterali<br>- occlusione bilaterale delle aa. iliache comuni ed esterna<br>- occlusione bilaterale delle aa. iliache esterne<br>- stenosi iliache in pazienti con aneurisma dell'aorta addominale che necessita di trattamento, per il quale non è ipotizzabile un trattamento con endoprotesi, o altre lesioni che richiedono una chirurgia open aortica o iliaca |  |
| <b>CHIRURGIA OPEN</b>                |  |  |

**Lesioni femorali**

|                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| Tipo A                | - Stenosi singola lunghezza <10 cm<br>- Occlusione singola lunghezza <10 cm   |  |
| <b>ENDOVASCOLARE</b>  |   |  |
| Tipo B                | - Lesioni multiple, lunghezza < 5 cm ciascuna<br>- Stenosi o occlusione singola che non coinvolge l'a. poplitea sottoglenoalare, lunghezza < 15 cm<br>- Occlusioni calcifiche lunghezza < 5 cm<br>- Lesioni singole o multiple in assenza di continuità con le arterie tibiali al fine di raggiungere l'infimo per i bypass distali<br>- Stenosi poplitea isolata |  |
| <b>ENDOVASCOLARE</b>  |   |  |
| Tipo C                | - Stenosi multiple o occlusione > 15 cm con o senza calcificazioni<br>- Stenosi recidive o occlusioni che necessitano di trattamento dopo due interventi endovascolari  |  |
| <b>CHIRURGIA OPEN</b> |   |  |
| Tipo D                | - Occlusione dell'arteria femorale comune o della arteria femorale superficiale (> 20 cm, e coinvolgente l'arteria poplitea)<br>- Occlusione dell'arteria poplitea o della parte prossimale della triforcazione di gamba  |  |
| <b>CHIRURGIA OPEN</b> |   |  |

**Lesioni poplitee e tibio-peroneali**

|        |   |                          |
|--------|---|--------------------------|
|        |   | Trattamento<br>Di scelta |
| Tipo A | - Stenosi isolata < 1 cm  | Endovascolare            |
| Tipo B | - Stenosi multiple, focali delle aa. Tibiali < 1 cm<br>- 1-2 Stenosi < 1 cm alla triforcazione tibiale<br>- Piccola stenosi tibiale dopo pta poplitea | Endovascolare            |
| Tipo C | - Stenosi isolate 1-4 cm<br>- Occlusione 1-2 cm<br>- Stenosi estese della triforcazione tibiale   | Endovascolare            |
| Tipo D | - Occlusione tibiale > 2 cm<br>- Malattia estesa delle aa. Tibiali  | Chirurgia<br>Open        |

Se si volesse sintetizzare ulteriormente quanto descritto in maniera articolata da questi schemi, potremmo dire che più le lesioni sono distali e riguardano i piccoli vasi più la tecnica di scelta per la rivascolarizzazione è quella percutanea.

La giusta scelta dell'opzione di rivascularizzazione condiziona la prognosi a distanza della rivascularizzazione poiché più i calibri si riducono più si riducono le percentuali di pervietà a distanza, rendendo la patologia aterosclerotica degli arti inferiori, soprattutto nelle manifestazioni del "piede diabetico" o di lesioni in generale dell'asse tibio-peroneale, patologia cronica e che deve essere affrontata con una corretta combinazione tra terapia medica, rivascularizzazione e prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolare.

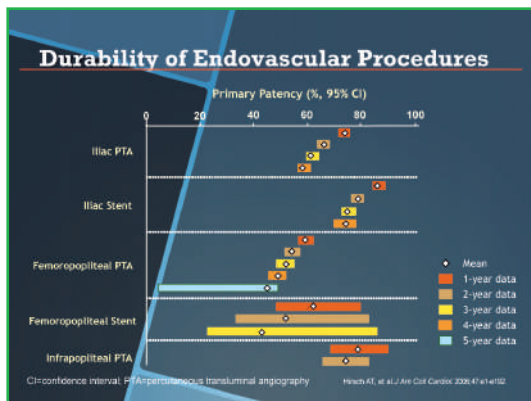


Fig. 9

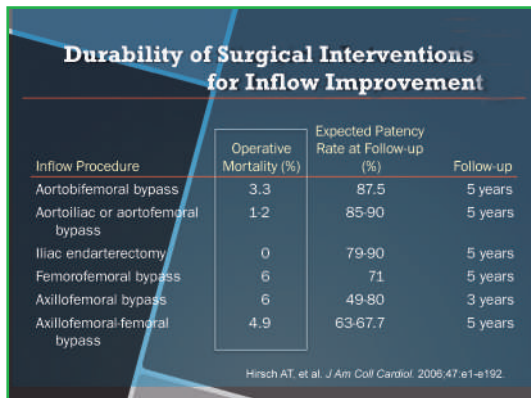
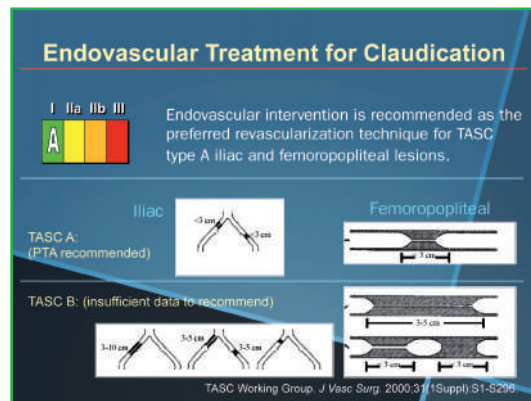


Fig. 10

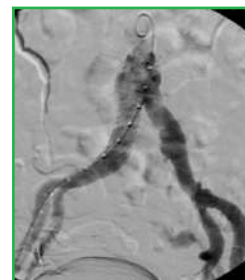
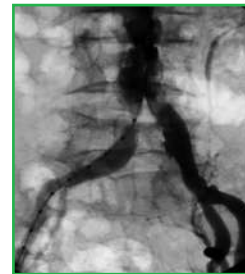
La rivascularizzazione della patologia degli arti inferiori è guidata dalla presenza di sintomi come la claudicatio intermittens o la presenza di lesioni ischemiche nei pazienti diabetici ed asintomatici. Le manifestazioni cliniche possono essere raggruppate in tre categorie:

1. Stabile claudicatio intermittens
2. Ischemia critica dell'arto con lesioni importanti ma non acute
3. Ischemia acuta degli arti che richiede un intervento medico d'urgenza per salvataggio d'arto

Analizziamo le strategie di rivascularizzazione percutanea partendo da questa sintesi



Le lesioni brevi della arterie iliache si giovano di un trattamento tramite stenting che sono generalmente di diametro importante (8-10 mm), premontrati su pallone (come gli stent coronarici per garantire una buona forza radiale) talvolta anche autoespandibili in presenza di lesioni più complesse e con salti di calibro. Questi stent presentano, come abbiamo visto, una bassa percentuale di restenosi.



Ben diversa è l'indicazione alla rivascularizzazione della patologia dell'asse femoro popliteo. L'arteria femorale decorre all'interno di uno spazio dove sussistono molteplici sollecitazioni che possono causare rottura e corrosione dei device compromettendone la pervietà.



Fig. 12



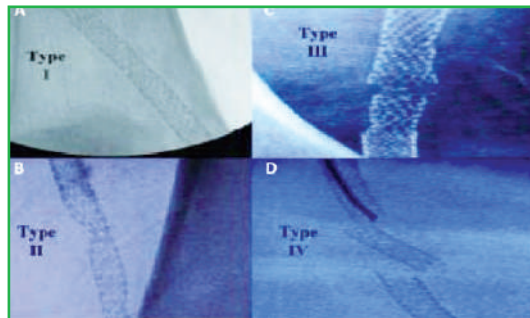


Fig. 13

Sono stati nel tempo progettati stent con caratteristiche di estrema flessibilità.

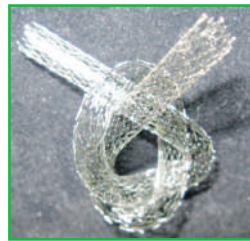


Fig. 14

Anche se oggi sempre di più le rivascularizzazioni degli assi femorali e delle lesioni poplitee e tibio-peroneali, in assenza di complicanze come estese dissezioni o perforazioni, si trattano con palloni, anche alla luce delle percentuali di pervietà dei distretti vascolari più distali. La tecnologia ha sviluppato palloni ricoperti di farmaco che riduce la proliferazione miointimale e quindi la restenosi (come in parte succede per il distretto coronarico dove però, anche a causa dei calibri ridotti, lo stent è d'obbligo).



Fig. 15



Fig. 16

## CASO CLINICO

Quando parlo di multidisciplinarietà intendo anche l'adozione di tecniche combinate, non solo per risolvere il problema, ma talvolta per limitarne i danni come nel caso di questa paziente che è andata progressivamente incontro ad una necrosi ischemica del piede.

È stata sottoposta a rivascularizzazione dell'arteria poplitea tramite pallone medicato, non per salvare il piede, oramai compromesso, ma per limitare il livello di amputazione, migliorando la prognosi della sua patologia.



## Conclusioni

Una delle principali problematiche dell'arteriopatia degli arti inferiori è la sua evoluzione lenta ma progressiva che può portare, soprattutto nei pazienti diabetici e fumatori, a condizioni gravi a tal punto da determinare l'amputazione a vari livelli dell'arto, con conseguente compromissione dell'autosufficienza. Diventa quindi necessaria una stretta collaborazione tra i vari specialisti ed un maggior ampliamento dello screening cardiovascolare non dimenticandoci mai che in presenza di una singola manifestazione clinica distrettuale della patologia aterosclerotica aumenta il rischio di altre localizzazioni.

Da sottolineare come la principale causa di morte nel paziente che ha una ischemia critica degli arti inferiori sia sempre l'infarto miocardico acuto e di come la malattia infartuale, cerebrovascolare e ischemica degli arti inferiori, rappresentino insieme la principale causa di invalidità soprattutto se associate al diabete.



*To be continued... nel prossimo articolo parleremo della angioplastica coronarica e di come si è evoluta l'indicazione nel tempo.*

# Aspetti clinici, organizzativi e architettonici della chirurgia a ciclo diurno: Day Surgery e chirurgia ambulatoriale

Giovanni Mangia\*, Franco Bianco\*\*, Paola Presutti\*\*\*

\* Titolare dell'incarico professionale di coordinamento dell'attività anestesiológica pediatrica - UOC Anestesia e Rianimazione 1 - Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini di Roma, attualmente in aspettativa presso l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Milano in qualità di Dirigente medico di igiene, epidemiologia e sanità pubblica

\*\* già Direttore del Servizio di Anestesia e Rianimazione 1 - Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini di Roma, attualmente anestesista presso USI Piazza Vittorio - Via Macchiavelli 22, Roma

\*\*\*Titolare dell'incarico professionale di assistenza post-operatoria pediatrica - UOC Anestesia e Rianimazione 1 - Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini di Roma

## LA DAY SURGERY

In Italia, il primo tentativo di sistematizzare dal punto di vista normativo l'attività di Day Surgery (DS) risale al 1° agosto 2002 con l'approvazione, da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del documento "Linee Guida per le attività di Day Surgery"<sup>1</sup>.

Un ruolo importante nell'implementazione di questo documento fu svolto dall'allora Ministro Prof. Veronesi. Negli anni successivi la DS e la Chirurgia Ambulatoriale (Complessa o Avanzata) sono confluite nella cosiddetta Chirurgia a Ciclo Diurno.

Nelle Linee Guida (LG) sopra citate viene formulata la definizione di DS che consiste nell'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Dal punto di vista clinico, la DS nasce però all'incirca nel decennio precedente e precisamente all'inizio degli anni '90. A partire da quegli anni la DS fu caratterizzata da una rapida espansione e dal 1994, anno in cui venne a costituirsi la più importante società scientifica dedicata, si sviluppò una intensa attività congressuale ed iniziarono a svolgersi numerosi corsi di formazione.

I Modelli Organizzativi sono descritti nell'articolo 3 delle LG e sono di seguito riportati integralmente. *Le Regioni e le Province autonome definiscono le modalità organizzative per le attività di day surgery sulla base di tre modelli:*

**a. presidio autonomo di day surgery** (centro chirurgico di day surgery), costituito da una struttura, pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti di cui all'articolo 2, comma 1. Tale presidio deve essere funzionalmente collegato ad una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari per acuti situata ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze. Devono essere, altresì definite le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete dell'emergenza - urgenza. L'attivazione di presidi autonomi di day surgery può essere utilizzata, in via prioritaria, per

consentire la riconversione delle strutture della rete ospedaliera regionale.

**b. unità di day surgery, monospecialistica o pluri-specialistica**, posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti, di cui all'articolo 2, comma 1. L'unità di day surgery può essere costituita da una delle seguenti modalità organizzative:

- dotazione di spazi di degenza dedicati alla day surgery ed utilizzo programmato di sale operatorie in comune con altre unità operative;
- dotazione di spazi di degenza e di sale operatorie dedicati alla day surgery, in relazione ad un elevato volume e alla complessità della casistica trattata;

**c. posti letti dedicati** nell'ambito delle unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per acuti pubbliche o private, per lo svolgimento delle attività di Day Surgery.

## LA CHIRURGIA AMBULATORIALE

Le Linee Guida della Day Surgery (DS) del 2002 ebbero origine dall'esigenza di trasferire, in base al principio di appropriatezza clinica-organizzativa, una serie di interventi chirurgici dal regime ordinario a quello appunto della DS. Negli anni successivi molti di questi interventi, già passati dal regime ordinario in DS, sono stati trasferiti al regime ambulatoriale.

Analogamente a quanto era avvenuto per la DS anche per la Chirurgia Ambulatoriale la normativa evolve per tappe.

Di rilievo nazionale sono da segnalare due Decreti. Il D.M. 2 Aprile 2015 n. 70 "Regolamento sulla definizione degli Standard dell'Assistenza Ospedaliera" che definisce, nell'Appendice 2, la Chirurgia Ambulatoriale ed il DPCM n.ro 15 del 12 Gennaio 2017 (Decreto Lorenzin) con il quale vengono definiti in modo netto i criteri di appropriatezza del ricovero ordinario (Art. 39) e della DS (Art. 41)<sup>2,3</sup>.

In pratica vengono definiti appropriati in ricovero ordinario gli interventi che non possono essere eseguiti in DS ed appropriati in DS quelli che non possono essere eseguiti in regime ambulatoriale. Si assiste quin-





di ad un cambio di paradigma in quanto la scelta del setting operatorio di una patologia chirurgica deve basarsi sulla risposta in successione ai seguenti quesiti: l'intervento può essere eseguito in Chirurgia Ambulatoriale? Se no, rispondere alla domanda: può essere eseguito in Day Surgery? Se no, l'intervento può essere eseguito in ricovero ordinario in Weeck Surgery? Se no, sarà eseguito in ricovero ordinario tradizionale per l'Alta Complessità (**Tab. 1**).

Gli interventi delle due categorie (DS ed ambulatoriali) sono inseriti in appositi elenchi.

In realtà varie Regioni negli anni sia precedenti che successivi all'emanazione della normativa nazionale citata hanno adottato iniziative atte a favorire lo sviluppo della Chirurgia Ambulatoriale alla luce del continuo confronto tra i Governi e le Amministrazioni Regionali tramite i Patti della Salute 2010-2012<sup>4</sup>.

In particolare la Regione Lombardia con DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009 aveva introdotto la "Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale (Chirurgia a Bassa Intensità: BIC)" da effettuarsi a livello ospedaliero con trasformazioni di posti letto in posti tecnici con rapporto 1:1. Per tale macroattività sono stati previsti specifici requisiti organizzativi e strutturali<sup>5</sup>.

Con successiva DGR IX/4605 del 28/12/2012 veniva approvato un elenco di nuove procedure da erogarsi in regime di BIC. Con DGR X/1185 del 20/12/2013 (cosiddetto Regole di Sistema) vengono riviste le tariffe dei 108 DRG a rischio di inappropriata (Sub-Allegato A).

Nella DGR X/3993 del 04/08/2015 (Gestione del SSR Esercizio 2015) in virtù delle Intese Stato-Regioni del 26 febbraio e del 2 luglio dello stesso anno comportanti una riduzione delle risorse alla Sanità vengono individuate "aree di efficientamento" descritte nel Sub Allegato A. Di particolare rilevanza, al fine della nostra disamina, è il paragrafo 5.5 che introduce la N.O.R.A. (Non Operating Room Anesthesia) vale a dire le prestazioni anestesilogiche per attività diagnostico-terapeutiche svolte al di fuori della sala operatoria evidentemente come parte delle iniziative volte a ridurre la spesa e riferibili anche alla Chirurgia Ambulatoriale Complessa<sup>6</sup>. Sempre la Regione Lombardia, con DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 con il Sub allegato A, sull'onda del Decreto Lorenzin, aggiorna le disposizioni regionali sulle prestazioni erogabili nei Presidi extra ospedalieri di Day Surgery e degli ambulatori protetti, da sottoporre ad accreditamento, e riporta una ampia disamina sugli aspetti clinici ed organizzativi. A quest'ultima DGR è seguita, nel mese di luglio 2019, una nota di precisazione della Regione Lombardia con l'aggiunta, ai requisiti organizzativi preesistenti, di altri, relativamente restrittivi, allo scopo di aumentare la sicurezza del paziente.

Nel tempo anche la Regione Lazio ha prodotto diversi atti in tema di Chirurgia Ambulatoriale. Tra questi sono da citare il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) 8/2011 sui requisiti minimi autorizzativi tra cui appunto quelli della Chirurgia a ciclo diurno; un successivo elaborato tecnico dello stesso anno su iniziativa della Direzione Generale dell'Agenzia di Sanità Pubblica con la proposta di modifica di alcuni requisiti dei Presidi di Chirurgia Ambulatoriale ed individuazione delle prestazioni per tipologia di Struttura Erogatrice (Ambulatorio o Presidio di Chirurgia Ambulatoriale) cosiddette A.P.A. (Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali); i DCA 540/2017 e 227/2018 sul Riordino delle Attività di Chirurgia Ambulatoriale. Questi ultimi due sono stati revocati con il DCA 35/2019 che rappresenta ad oggi il Decreto di riferimento. Tale Decreto è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio N. 11 Supplemento n. 1 del 05/02/2019 (7). Parte integrante di tale Decreto è una approfondita disamina degli aspetti clinici, organizzativi e dei requisiti autorizzativi e di accreditamento. Vengono individuati e classificati diversi tipi di Presidi di Chirurgia Ambulatoriale (PC1 e PC2) con assegnazione di prestazioni corrispondenti.

Nella struttura PC1, a collocazione ospedaliera o territoriale in possesso di specifici requisiti, sono eseguibili interventi in anestesia topica, locale, locoregionale, tronculare, con una sedazione secondo la scala RASS da 0 a -3 (moderatamente sedato) che, per complessità dell'atto chirurgico ed anestesilogico, nonché per tipologia dei pazienti, richiedono di regola un periodo di osservazione breve e non superiore alle due ore dal termine della procedura (**Tab. 2**). Non è indispensabile l'effettuazione di una visita anestesilogica preoperatoria. Le prestazioni effettuabili in tale livello sono riportate in un apposito elenco (Appendice 2 del DCA).

Nella Struttura PC2, a collocazione ospedaliera o territoriale in possesso di requisiti specifici, sono eseguibili interventi in anestesia topica, locale, locoregionale, tronculare, con una sedazione secondo la scala RASS da 0 a -4 (sedazione profonda) che, per complessità dell'atto chirurgico ed anestesilogico, nonché per tipologia dei pazienti, richiedono di regola un periodo di osservazione breve e non superiore alle due ore dal termine della procedura. Gli interventi che richiedono la presenza attiva dello specialista in anestesia, al fine della riduzione del rischio, prevedono l'effettuazione di una visita anestesilogica preoperatoria. Le procedure eseguite in sedazione profonda con impiego di ipnotici (es. propofol) e/o analgesici oppiacei devono essere eseguite in presenza attiva di un anestesista che si occupi del monitoraggio del paziente e del controllo delle vie aeree. Le prestazioni effettuabili in tale

**Tab. 1** - Pianificazione dell'attività operatoria in base alla durata prevedibile del ricovero

| CHIRURGIA CICLO DIURNO              |   | CHIRURGIA A CICLO ORDINARIO   |              |
|-------------------------------------|---|---|--------------|
| Chirurgia Ambulatoriale Outpatients |   | Regime di Ricovero Day Surgery<br><br>Inpatients (Ambulatory Surgery) | Week Surgery |
| Semplice (Office based Surgery)     | Complessa (Advanced Ambulatory Surgery) |   |              |

Tab. 2 - Richmond Agitation - Sedation Scale (RASS)

| Punteggio | Definizione          | Descrizione  | Cosa fare                                    |
|-----------|----------------------|--|--|
| 4         | Combattivo           | Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per sè stesso o per lo staff                        | Osservazione del Paziente                    |
| 3         | Molto agitato        | Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi  |  |
| 2         | Agitato              | Frequenti movimenti afinalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica                             |  |
| 1         | Irrequieto           | Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi   |  |
| 0         | Sveglio e tranquillo | Comprende i periodi di sonno fisiologico   |  |
| -1        | Soporoso             | Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi | Stimolazione verbale                         |
| -2        | Lievemente sedato    | Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi  |  |
| -3        | Moderatamente sedato | Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale ma senza contatto visivo                           |  |
| -4        | Sedazione profonda   | Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica                   | Stimolazione fisica (tattile e/o dolorifica) |
| -5        | Non risvegliabile    | Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa  |  |

livello sono riportate in un apposito elenco (Appendice 3 del DCA)

Possono essere eseguite in PC2 le prestazioni effettuabili anche nei livelli assistenziali di complessità inferiore.

Un elenco di prestazioni (Appendice 4 del DCA) sono effettuabili esclusivamente nelle strutture di Chirurgia Ambulatoriale PC2 ospedaliera.

In ogni caso la normativa è stata largamente anticipata dall'attività clinica ed infatti bisognerebbe tenere presente che i primi reports di casi risalgono agli inizi del '900 ed in un campo molto delicato quale quello pediatrico<sup>7</sup>.

L'uso estensivo in Italia è però senza dubbio più recente e nasce sotto la spinta delle Società Scientifiche e quindi della Normativa.

L'abilità dei clinici di catalogare le patologie in base alla loro invasività chirurgica (Grading) ed i pazienti in base al loro Stato Fisico (ASA PS) ha generato il principio della Stratificazione del Rischio Operatorio utile dal punto di vista clinico e secondariamente dal punto di vista organizzativo per stabilire il setting operatorio<sup>9,10,11</sup>.

Infatti questo principio, implementato dai clinici, ha fornito ai Decisori (Decision Makers) uno strumento utile ad individuare, in ambito elettivo, due percorsi chirurgici e setting operatori distinti: quello della Chirurgia a Regime Diurno e quello della Chirurgia a Regime Ordinario.

Un altro fenomeno parallelo intanto si è andato sviluppando. La durata della degenza (length of stay) dei ricoveri ordinari si è complessivamente ridotta tanto da consentire l'introduzione di un altro modello organizzativo: la *Week Surgery* (Short Stay) cioè un ricovero breve oscillabile da 1 a 5 giorni.

In definitiva, la diversificazione dell'attività chirurgica in base alla durata della degenza permette di distinguere il "regime diurno" con degenza limitata alle sole ore diurne dei pazienti (*Outpatients*) e "regime ordinario" che comprende tutte le altre tipologie di ricovero dei pazienti di durata maggiore (*Inpatients*).

Il regime ordinario a sua volta comprende la già citata *Week Surgery* ed il *Ricovero tradizionale per l'alta complessità*. Caso particolare di regime ordinario è la *One Day Surgery* (ODS) caratterizzata da chirurgia medio-completa in cui il ricovero dovrebbe prevedere un solo pernottamento e comunque di durata inferiore a 23 ore. Non c'è accordo sull'esistenza o meno di questa modalità di regime di ricovero come entità a sè stante in quanto non permette di effettuare una separazione netta tra i regimi diurni ed ordinari. Ma soprattutto, allorché utilizzata per tipologie di interventi suscettibili di solo ricovero diurno, il ricorso alla ODS ha indotto "comportamenti opportunistici" per l'occupazione di posti letto in orario notturno nei modelli organizzativi a "posti letto dedicati" nel tentativo di aumentarne il tasso di occupazione.

I diversi Modelli Organizzativi ed i principali aspetti clinici degli *Outpatients* sono riportati rispettivamente nella **Tab. 3** e **Tab 4**<sup>6</sup>.

Secondo altri Autori, nell'ambito della Chirurgia a Ciclo Diurno, il termine di *Outpatient* andrebbe riservato solo alla Chirurgia Ambulatoriale mentre il regime di ricovero è rappresentato dalla Day Surgery (*Inpatients*). Tab. 1<sup>12</sup>.

A livello internazionale le attività chirurgiche "diurne" vengono definite con termini diversi. L'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), alla quale aderiscono 29 Paesi, ha suggerito di considerare il termine di "Ambulatory Surgery" come sinonimo di Day Surgery e Same-day Surgery (senza pernottamento), da tenere distinta dalla "Office-based Ambulatory Surgery" (Office-based Surgery), riferita alla possibilità di eseguire interventi chirurgici (o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive o semi-invasive) in strutture ambulatoriali poste anche al di fuori delle strutture di ricovero. Tab. 1<sup>13</sup>.

Si riportano gli aspetti salienti della Chirurgia Ambulatoriale secondo il documento tecnico della Regione Toscana<sup>13</sup>:

**Tab. 3** - Modelli Organizzativi della Chirurgia a Ciclo Diurno

| TIPO DI DEGENZA  | UBICAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL BLOCCO OPERATORIO  | DEFINIZIONE DEL MODELLO (Mono o Polispecialistico)                         |
|--|--|--|
| Degenza dedicata all'attività a ciclo diurno in un Presidio Free Standing (dedicato alla sola attività a ciclo diurno) | Interno alla Struttura, dedicato alla DS   | Presidio Free Standing (Off-Campus)  |
| Degenza dedicata all'attività a ciclo diurno in un Presidio Ospedaliero con attività a ciclo continuo                  | Degenza e Blocco Operatorio dedicato alla DS integrati in una unica Struttura                  | Unità di Day Surgery Free Standing (On-Campus) (secondo capoverso LG DS)   |
| Degenza dedicata all'attività a ciclo diurno in un Presidio Ospedaliero con attività a ciclo continuo                  | Degenza e Blocco Operatorio dedicato alla DS non integrati in una unica Struttura              | Unità di Day Surgery (Non Free Standing) (secondo capoverso LG DS)         |
| Degenza dedicata all'attività a ciclo diurno in un Presidio Ospedaliero con attività a ciclo continuo                  | Degenza e Blocco Operatorio non dedicato alla DS non integrati in una unica Struttura          | Unità di Day Surgery (Non Free Standing) (primo capoverso lettera b LG DS) |
| Degenza Ordinaria con posti letto dedicati in un Presidio Ospedaliero (con attività a ciclo continuo)                  | Blocco Operatorio esterno o interno alla Struttura di degenza, dedicato o non dedicato alla DS | Posti Letto Dedicati (lettera c LG DS)                                     |

**Tab. 4** - Tipologia e caratteristiche della Chirurgia per Outpatients

| Caratteristiche  | Chirurgia Ambulatoriale Semplice  | Chirurgia Ambulatoriale Complessa   | Day Surgery (secondo altri Autori, Inpatients)                                      |
|--|---|---|---|
| Ricovero   | No  | No  | Si  |
| Periodo di osservazione postoperatoria limitato alle sole ore diurne | Si  | Si  | Si  |
| Tipi di Anestesia  | Anestesia topica o locale con o senza sedazione (esclusa la sedazione profonda) | Anestesia topica, locale, locoregionale (con o senza sedazione), anestesia generale | Anestesia topica, locale, locoregionale (con o senza sedazione), anestesia generale |
| ASA PS   | Pazienti ASA 1, 2, 3 stabili  | Pazienti ASA 1, 2, 3 stabili  | Pazienti ASA 1, 2, 3  |
| Invasività chirurgica (Grading) (voce bibliografica 5)               | 1   | 1   | 2   |
| Valutazione Anestesiologica Pre-operatoria                           | Solo Pazienti ASA PS 3  | Necessaria  | Necessaria  |
| Setting Operatorio   | Ambulatori Chirurgici   | Blocco Operatorio Day Surgery   | Blocco Operatorio Day Surgery   |

La **chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata** corrisponde a procedure chirurgiche precedentemente eseguite in regime di Day Surgery e che l'evoluzione della tecnica chirurgica e delle tecnologiche consentono di eseguire ambulatorialmente, che richiedono una breve permanenza post-intervento e, nelle prime fasi, una maggiore assistenza. Possono prevedere l'impianto di materiale protesico o di dispositivi.

La **chirurgia a complessità ed invasività minore** corrisponde alla esecuzione di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, senza ricovero, effettuate in anestesia topica o per infiltrazione (associate o meno a sedazione non profonda), che consentono al paziente autonomia motoria e piena vigilanza in breve tempo dopo la conclusione dell'intervento e non necessitano di assistenza continuativa post-intervento. È riconducibile essenzialmente a procedure su cute e annessi e che non prevedono chirurgia protesica e/o inserimento di dispositivi impiantabili.

Una delle caratteristiche dei percorsi ad alto volume ed alta standardizzabilità, come la chirurgia elettiva a ciclo diurno, è la possibilità di eseguire una corretta programmazione dell'attività attraverso la selezione dei pazienti nella fase di valutazione clinica da cui consegue la scelta del setting assistenziale adeguato.

I pazienti idonei al trattamento in regime ambulatoriale debbono essere in buone condizioni generali. In riferimento alla Classificazione ASA proposta dalla American Society of Anesthesiology sono considerati candidati adeguati per tale regime i pazienti appartenenti alle classi ASA I e ASA II, mentre i pazienti ASA III possono essere arruolati ad una procedura chirurgica in un setting ambulatoriale, previa valutazione congiunta da parte del chirurgo e dell'anestesista, quando la patologia concomitante è stabilizzata e ben compensata e l'intervento non interferisce con la patologia stessa.

I pazienti idonei al trattamento chirurgico in regime

ambulatoriale devono avere indicativamente un'età compresa tra i 6 e gli 85 anni ed essere in grado di comprendere ed accettare l'iter proposto e di osservarne le prescrizioni terapeutiche e comportamentali. Per quanto il riguarda il peso, è noto che l'obesità è un fattore di rischio di considerevole importanza e pertanto tale condizione deve essere attentamente valutata. Devono essere presenti condizioni domiciliari compatibili con le prescrizioni postoperatorie, disponibilità di una persona che assista il paziente, soprattutto nelle prime 24 ore, disponibilità di un contatto telefonico, distanza non eccessiva dell'abitazione dalla sede dove è stato eseguito l'intervento o da un'altra struttura indicata come riferimento.

In Italia, in campo pediatrico, sulla Day Surgery sono state pubblicate Raccomandazioni Congiunte della Società Anestesia Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana (SARNePI) e della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica (SICP)<sup>14,15,16</sup>.

### MODELLI ORGANIZZATIVI E RELAZIONI TRA LE TIPOLOGIE DELLE DEGENZE E DEI BLOCCHI OPERATORI

I Modelli Organizzativi ideali sono quelli cosiddetti *Free Standing*, secondo la terminologia anglosassone, cioè liberi dall'interferenza di altre attività operatorie (esempio la Chirurgia a Regime Ordinario e la Chirurgia Urgente) e corrispondenti alla lettera a) ed alla lettera b) secondo capoverso delle LG sulla DS riportate all'inizio.

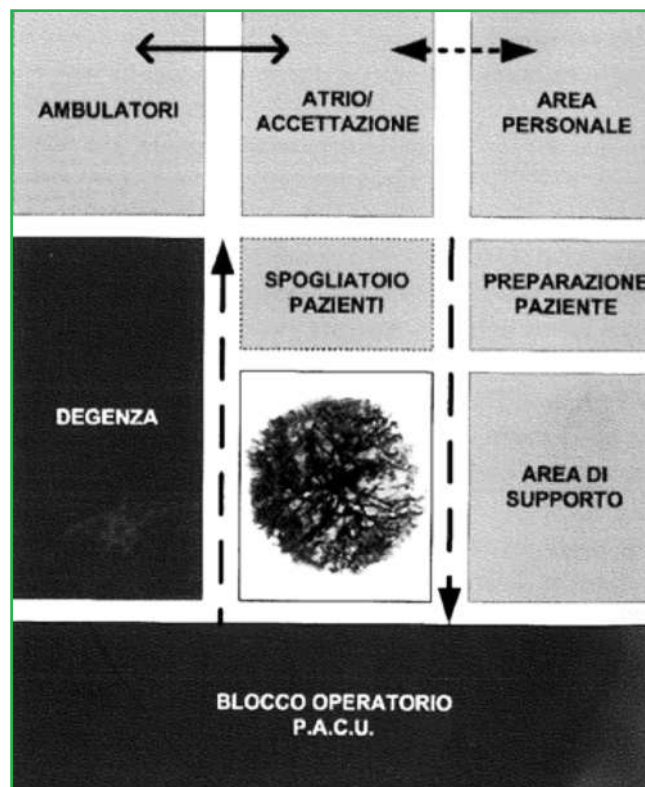
Negli U.S.A. sono molto diffusi gli *Ambulatory Surgery Center (ACS)*, implicitamente *Free Standing*, ovvero strutture extraospedaliere indipendenti di modeste dimensioni a ciclo diurno progettate specificamente a questo scopo e con sospensione di qualsiasi attività sanitaria nelle ore notturne. I Presidi Autonomi di Day Surgery riportati nelle LG, lettera a), non sono del tutto sovrapponibili agli ACS in quanto, nella maggior parte dei casi, si tratta di strutture riconvertite a partire da strutture ospedaliere preesistenti e quindi non hanno la funzionalità degli ACS. Questi ultimi ed i Presidi Autonomi vengono anche definite Strutture Off-Campus trovandosi all'esterno di un Ospedale tradizionale. In Italia tali Modelli sono stati realizzati e sono proponibili per le esigenze di Città di medie e grandi dimensioni in relazione ai volumi di attività. In campo pediatrico la loro implementazione è praticamente possibile solo in grandi Città. A Napoli, l'Azienda Ospedaliera di Alta Specializzazione (Pediatrica) Santobono-Pausilipon ha delocalizzato l'attività di Day Surgery già dal 2001 presso il Presidio Pausilipon (situato alla collina di Posillipo) implementando una Unità Dedicata Polispecialistica con 10 posti letto e 2 sale operatorie dedicate così come dedicato è il personale infermieristico. Il personale medico dedicato è rappresentato solo dal chirurgo responsabile e dall'anestesista

responsabile. Il resto del personale è a rotazione a copertura delle 2 sedute operatorie quotidiane feriali e presso le quali si svolge una elevata casistica di interventi. A Roma da pochi anni l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ha realizzato una Unità Chirurgica nell'ambito di una Struttura Polivalente a Ciclo Diurno presso il Quartiere San Paolo (Fuori Le Mura). La "de-ospedalizzazione" dell'attività chirurgica pediatrica della Regione Lazio con la creazione di un Presidio Regionale Free Standing è stato oggetto, nel 2011, di uno studio pilota basato sui volumi di attività<sup>17</sup>. A Milano potrebbe essere condotto un analogo studio di fattibilità.

Allorquando la Chirurgia a Ciclo Diurno viene effettuata negli Ospedali e sia la degenza che l'attività operatoria avvengono all'interno della stessa Struttura si concretizza il Modello di Unità di Day Surgery Free Standing On-Campus.

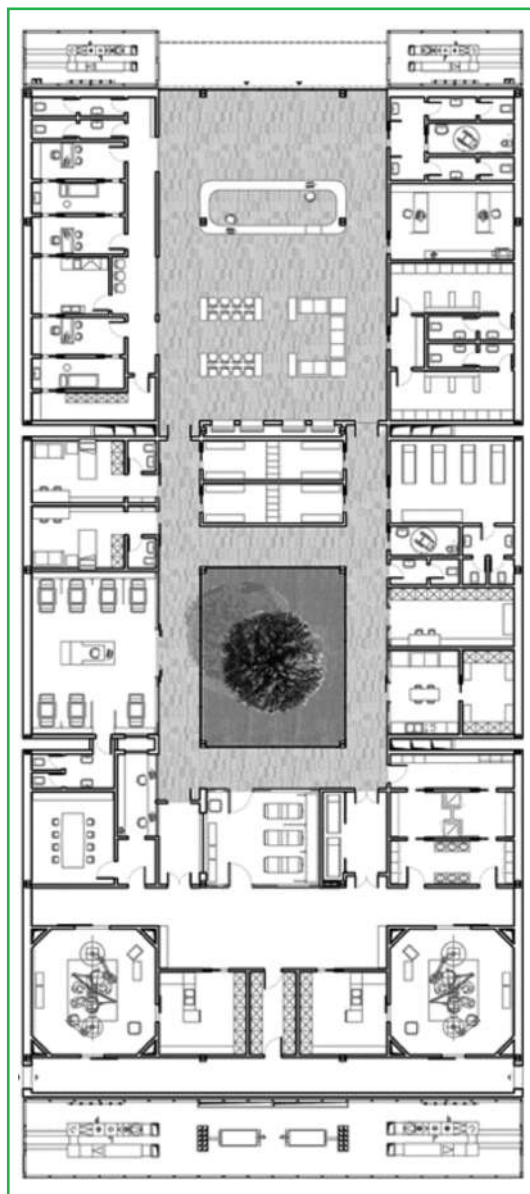
Nella Tabella III sono descritte le relazioni tra il tipo di degenza e le modalità organizzative del Blocco Operatorio che definiscono i corrispondenti Modelli Organizzativi.

Tramite il WEB è possibile fare una ricerca per immagini che consente di prendere visione di numerosi schemi di flusso e planimetrie di Ambulatory Surgery Center (Free-Standing Off-Campus) e di Unità di Day Surgery Free Standing (On-Campus). Per questi modelli, è possibile prendere come riferimento il Layout di flusso di **Fig. 1** e la Planimetria di **Fig. 2** (per gentile concessione del Prof. Marco Morandotti - Università di Pavia)<sup>18</sup>.



**Fig. 1.** - Layout distributivo tipico della Struttura di una Day Surgery. (Per gentile del Prof. Marco Morandotti - Pavia)





**Fig. 2.** - Planimetria tipo della Struttura di una Day Surgery.  
(Per gentile concessione del Prof. Marco Morandotti – Pavia)

### CONSIDERAZIONI

La netta separazione dei luoghi di cura (degenza e blocco operatorio) tra Chirurgia a Ciclo Diurno (DS e Chirurgia Ambulatoriale Complessa) e Ricovero Ordinario è attualmente da considerarsi obiettivamente meno rigida rispetto a quanto auspicato nel 2002 con le LG DS. Molte Strutture Ospedaliere hanno infatti reingegnerizzato la programmazione settimanale di alcuni Blocchi Operatori Elettivi allocando nei primi giorni della settimana la Chirurgia in Week Surgery ed in quelli successivi la Day Surgery e la Chirurgia Ambulatoriale Complessa. A tal proposito c'è da sottolineare che l'implementazione della Chirurgia Ambulatoriale ed in particolare di quella Avanzata non deve sminuire la portata delle LG sulla DS semmai il contrario. Se gli aspetti amministrativi sono distinti, il setting

strutturale e funzionale della Chirurgia Ambulatoriale Avanzata è quello della Day Surgery.

Purtroppo, nonostante alcuni modelli organizzativi tra quelli citati siano considerati obsoleti essi sono ancora diffusamente implementati in molte Strutture Sanitarie. In particolare il *modello a posti letto dedicati* e il *modello di unità di day surgery caratterizzato dall'utilizzo di sale operatorie comuni con altre unità operative* (che svolgono interventi di chirurgia maggiore o d'urgenza) sono ancora troppo frequenti e compromettono il raggiungimento accettabile degli indicatori di qualità e di attività. Gli indicatori della DS sono soprattutto indicatori di qualità percepita dal paziente. La morbilità e la mortalità, indicatori dell'attività di chirurgia maggiore ed urgente, non fanno parte della valutazione della DS in quanto praticamente assenti o comunque estremamente rare.

Gli indicatori della DS sono descritti in moltissime pubblicazioni.

La Regione Lazio nel 2005 ha prodotto un documento sulla Day Surgery, e ampiamente disatteso, come presa d'atto della conferenza Stato Regioni del 2002 di cui si riportano alcuni indicatori<sup>19</sup>:

- fase di selezione:
- rapporto non venuti/attesi,
- rapporto cancellati/attesi,
- rapporto rioperati/operati.
- fase di dimissione:
- rapporto ricoverati (in regime ordinario) /operati (rapporto tra il numero di pazienti trasferiti in regime ordinario o riospedalizzati nella 24 ore successive all'intervento e pazienti operati),
- rapporto dimessi entro le 6 ore/pazienti operati.

Ancora, una esaustiva trattazione degli indicatori è contenuta nel manuale elaborato dal Gruppo di Studio Day Surgery della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva (SIAARTI) pubblicato nel 2017<sup>20</sup>.

A tutt'oggi devono ritenersi ancora attuali le Raccomandazioni Clinico-Organizzative per l'Anestesia in Day Surgery elaborate nel 2000 da una Commissione ad hoc della SIAARTI<sup>21</sup>.

Tra gli Autori che hanno apportato maggiori contributi a livello internazionale sugli aspetti clinici ed organizzativi della Day Surgery si possono citare Lewis Reuven Pasternak, Frances Chung e Paulo Lemos<sup>9,10,22,23</sup>.

Gli Autori esprimono la preferenza per i Modelli Free Standing in quanto sono quelli che maggiormente conciliano le esigenze dei Pazienti con quelle dei Professionisti, delle Direzioni e dei Decisori. Pertanto, le Regioni dovrebbero adottare come riferimento tali modelli ed agire con un sistema di rimborso differenziato favorendo le Strutture che soddisfano i corrispondenti requisiti strutturali ed organizzativi.

### Bibliografia

1. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. *Schema di accordo di approvazione delle linee-guida per le attività di day surgery*. Repertorio Atti n. 1516 del 1° agosto 2002. <http://www.regioni.it/upload/daysurgery.pdf>



2. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>
3. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>
4. [http://www.regioni.it/home\\_art.php?id=70](http://www.regioni.it/home_art.php?id=70)
5. [old.iss.it/binary/rpma/cont/Testo\\_coordinato\\_della\\_D.G.R.\\_16\\_Dicembre\\_2009\\_n.\\_8\\_10804\\_C\\_ompleto\\_.pdf](http://old.iss.it/binary/rpma/cont/Testo_coordinato_della_D.G.R._16_Dicembre_2009_n._8_10804_C_ompleto_.pdf) (copia ed incolla nel browser apre la delibera)
6. <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/attuazione-della-riforma-sociosanitaria-lombarda/ser-programmazione-gestione-sistema-sanitario-sal/programmazione-gestione-sistema-sanitario>
7. [http://www.regione.lazio.it/rl\\_sanita/?vw=normativa](http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=normativa)
8. Nicoll JM. *The surgery of infancy*. BMJ 1909; 753-756.
9. Pasternak LR *Preanesthesia evaluation and testing*. In: Twersky RS, Beverly KP (eds) *Handbook of ambulatory anesthesia* Second edition 2008 Springer New York, pp 1-23
10. Pasternak LR *Risk assessment in ambulatory surgery: challenges and new trends*. CAN J ANESTH 2004/51: 6 / pp R1-R5 <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF03018334.pdf>
11. Bianco F, Presutti P, Mangia G *La valutazione anestesologica pre-operatoria nella day surgery pediatrica*. Il Caduceo 2019; 21, 2:22-27 <https://www.usi.it/writable/caduceo/caduceo-21-2-2019.pdf>
12. Monzani R, Manfredi GF *Introduzione alla Day Surgery* In: *Day Surgery Manuale pratico anestesiologicalo*. Edra Milano 2017, pp XIII-XVII
13. Regione Toscana *Chirurgia a ciclo diurno*. 2014. [www.regione.toscana.it/documents/10180/12778567/Allegato+parere+n.+93-2014/ed14310c-1b49-46f6-928f-21f44c20b8f3;version=1.0](http://www.regione.toscana.it/documents/10180/12778567/Allegato+parere+n.+93-2014/ed14310c-1b49-46f6-928f-21f44c20b8f3;version=1.0)
14. [www.sarnepi.it/wp-content/uploads/2018/01/LI-NEEE-GUIDA-SARNePI-SICP-DAY-SURGERY-1.pdf](http://www.sarnepi.it/wp-content/uploads/2018/01/LI-NEEE-GUIDA-SARNePI-SICP-DAY-SURGERY-1.pdf)
15. [http://www.chped.it/?page\\_id=7](http://www.chped.it/?page_id=7)
16. de Luca U, Mangia G, Tesoro S, Martino A, Sammartino M, Calisti A *Guidelines on Pediatric Day Surgery of the Italian Societies of Pediatric Surgery (SICP) and Pediatric Anesthesiology (SARNePI)*. Ital J Pediatr 2018; 44 (1), 35.
17. Mangia G, Bianco F, Ciaschi A, Di Caro E, Frattarelli E, Marrocco GA. De-hospitalization of the pediatric day surgery by means of a freestanding surgery center: pilot study in the Lazio Region. Ital J Pediatr. 2012 Feb 1; 38: 5. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22296851/?from\\_term=mANGIA+g&from\\_page=2&from\\_pos=2](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22296851/?from_term=mANGIA+g&from_page=2&from_pos=2)
18. Morandotti M. *Edilizia ospedaliera dallo spazio al luogo. Approcci e metodi per la progettazione di una unità di day surgery*. Alinea 2009.
19. Regione Lazio, *Deliberazione della Giunta Regionale 25 marzo 2005 n. 423. Presa d'atto dell'accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di approvazione delle linee guida per la regolamentazione delle attività chirurgiche effettuabili in regime di ricovero diurno (DAY-SURGERY)*. 10-5-2005 Bollettino ufficiale Regione Lazio Parte prima 10/05/2005 n. 13 <http://www.regione.lazio.it/bur/?vw=ricercabollettini>
20. Caprioli S, Ladiana N, Nolli M, Solca M *Qualità, sicurezza e gestione del rischio in DS*. In: Monzani R, Manfredi GF (Editors) *Day Surgery Manuale pratico anestesiologicalo* Edra Milano 2017, Cap. 2 pp 7-14.
21. Solca M, Bettelli G, Leucci M, Mattia C, Peduto VA, Recchia E, Ruju P, Salvo I, Terrevoli A *Raccomandazioni Clinico-Organizzative per l'Anestesia in Day Surgery*. Minerva Anestesiologica 2000; 66: 915-26
22. Shnaider I, Chung F *Outcomes in day surgery*. Current Opinion in Anaesthesiology: December 2006 Volume 19 - Issue 6 - p 622-629.
23. Lemos P. *Day Surgery, Development and Practice*. 2006 International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). Testo messo liberamente a disposizione dal sito IAAS. <https://www.iaas-med.com/index.php/iaas-initiatives>

# Oltre il visibile. Quando curarsi è soltanto un gioco



**Renato Sartini**

Giornalista scientifico, responsabile progetti,  
raccolta fondi e sponsorizzazioni *Amici di Via Plava*  
amicidiviaplava@gmail.com

**A** volte ciò che guardiamo e che col passare del tempo ci è diventato familiare può nascondere scorci inesplorati del mondo e della società in cui siamo immersi che sono sempre stati lì, ma che non siamo mai riusciti a vedere. Punti di vista e nuove prospettive che consentono alla nostra mente di ampliare il campo del pensiero andando oltre il consueto e le abitudini. Basterebbe rallentare per pochi minuti i ritmi della vita e prendersi qualche minuto per vedersi svelare come per incanto paesaggi e pensieri che solito, a causa della nostra corsa forsennata tra figli, lavoro e altre faccende che vengono sempre prima di tutto, ci passano accanto con 'forme' poco delineate, spesso confuse. Se davvero rallentassimo un po', avremmo l'occasione di svelare, agli occhi della nostra mente, una realtà in grado di dare più valore e sapore a giorni in cui è sempre più difficile cogliere sfumature capaci di dare un senso di prospettiva, quindi di profondità, alla nostra esistenza. Pennellate di parole, di gesti, di alberi e fiori, di insetti e voli d'aerei che nel cielo si mischiano a stormi d'uccelli. Perché il mondo puoi decidere di subirlo passivamente o, invece, di arredarlo al meglio, come se fosse parte integrante del giardino di casa tua. Così da sentirlo più nostro e curarlo, aprendoci totalmente all'ecosistema in cui siamo immersi. E di cui facciamo tutti parte.

Rallentare, quindi, sarebbe un vero e proprio toccasana utile a dare alla nostra psiche attimi di tregua per riprendere fiato dal solito e banale. Per esplorare l'in-solito. Il non abitudinario. Per capire. Comprendere. Acquisire una sensibilità perduta verso l'altro, l'am-

biente, la città abbandonata a sé stessa. Così da poter porre attenzione e interrogarsi su ciò che ci circonda. Su quella donna o quell'uomo buttati su un marciapiedi a dormire in una scatola di cartone o intenti a sopravvivere chiedendo aiuto con un braccio teso per l'elemosina perché sconfiti da una storia che non conosciamo. Di quel ragazzo di un'altra etnia che ogni giorno è per noi null'altro che una sagoma in movimento in uno dei tanti luoghi in cui oggi ha scelto di pulire un marciapiede, accumulando montagne di foglie e sporcizia; tirando su anche qualche soldo per sopravvivere e riscattarsi da un passato a noi sconosciuto di storie vissute in una terra lontana dalla nostra. E di quell'anziano sempre solo che attraversa la strada. Sì, proprio lui, che addirittura ci passa affianco sfiorandoci, quasi toccandoci, ma che resta distante anni luce dalla nostra attenzione, quasi vivessimo in due mondi paralleli e non comunicanti. Ma non ci sono soltanto persone invisibili con le loro storie e i loro sentimenti, ma anche cose e oggetti, visti e rivisti. Come un cassettono per l'umido, la carta o altri materiali da riciclare. Solo immondizia? O forse anche ciò che stiamo diventando? Specchio della società in cui differenziare è troppo sforzo, lasciare le buste a terra è un "lo fanno tutti", mentre il cattivo odore e uno spettacolo indecoroso diventano scenari di quinte teatrali a cui ci siamo un po' tutti quasi abituando, come se fosse la normalità. E il pino domestico? È l'albero simbolo di un paesaggio cittadino da cartolina, ma attende ancora qualcuno capace di affrontare in maniera scientifica la questione della cociniglia tartaruga, una vera e propria pandemia che lo sta distruggendo. E che probabilmente nei prossimi anni ci costringerà a raderli tutti al suolo prima che lo facciano da soli uccidendo qualcuno. Sparendo andrà via anche una parte dell'identità dei romani, perché esiste una cultura di cui fanno parte anche i paesaggi in cui ci muoviamo, che nello scatto fotografico dei ricordi sono parte del tutto. Cui non faranno più parte quelle panchine che non ci sono più, o divelte, che sono luoghi negati di storie scambiate fianco a fianco, magari con uno sconosciuto che poi è diventato un amico. E poi ci sono gli spazi comuni, come quelli di un parco pubblico, diventati spesso invivibili, senza scatti di gruppo da ricordare. Perché è qui che ci s'incontra tutti per confrontarsi e condividere la vita. E anche i giochi hanno un loro preciso ruolo e senso. Che quando ci sono puoi scoprire nuovi amici oltre quelli della scuola o di un corso di nuoto, danza o musica, controllati e ovattati. Perché è in campo aperto che come bambini "ci si butta" nell'ignoto, per mettersi alla prova e crescere.

Di questi luoghi una mattina di gennaio di due anni fa ne venne letteralmente ruspato uno dal Comune di



## Oltre il visibile. Quando curarsi è soltanto un gioco

Roma. Quello del "Giardino Pietro Lombardi" o parco di Via Sabotino, conosciuto dai residenti storici anche come parco di Via Plava per via di una strada adiacente che non esiste più. Qui vennero rimossi tutti i giochi considerati oramai vetusti, pericolosi e fuori norma. Ma di prospettive di rinnovo a breve dell'area nulla... Accadde, però, qualcosa di importante. Dal momento della chiusura del parco, lo stesso parco svelò l'invisibile, l'oltre l'abitudine, l'acquisito e scontato. Tutti si resero conto di ciò che avrebbero potuto perdere. Perché da sempre quell'area verde è l'unico spazio ampio di confronto multigenerazionale e multietnico del quartiere Della Vittoria e dei territori confinanti tra cui il rione Prati. E nel giro di poche ore nacque a sostegno del parco il comitato Amici di Via Plava presieduto dall'Avvocato Penalista Eleonora Piraino. E il parco riprese a respirare, con la voglia di tornare a essere il cuore pulsante del quartiere. Tanto che il Comitato, grazie alla disponibilità gratuita di professionisti degli ambiti più svariati, realizzò il progetto di riqualificazione dal basso che venne sottoscritto e, quindi, approvato in toto dalla Regione Lazio, dal proprietario del terreno ATER Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale pubblica del Comune di Roma, dal Municipio Roma I centro, poi diventato possessore dello spazio, e dagli stessi Amici che iniziarono una campagna di raccolta fondi per realizzarlo. Ad oggi il valore economico della nostra azione civica, ovvero non solo legato ad esborsi reali ma anche alla disponibilità *pro bono* di molti, supera i 100.000 euro. E dopo aver risolto e districato innumerevoli problemi burocratici e di privacy, siamo in attesa di poter iniziare i lavori di installazione di un sistema di 10 telecamere, di realizzare un bagno dedicato ai fruitori del parco, con nursery per bambini e agibile a tutti, e la prima libreria di divulgazione scientifica in parco pubblico. Il resto lo abbiamo già fatto. E ogni pietra, pianta, palco, panchina, vialetto, rete, manto verde - tra i migliori in

europa - e porta di calcetto, canestro da basket e mini basket, leve, altalene, piramide di corde, area baby sono oggi più che dei semplici oggetti. Sono identità, forza di volontà, di socialità, di raccontarsi ed incontrarsi come sempre lì dove si è sempre fatto e sempre è stato. Dove tante generazioni si sono incontrate, confrontate e cresciute insieme per darsi sostegno nell'affrontare il mondo oltre il perimetro del parco.

Tra questi oggetti apparenti del parco di Via Sabotino, sotto due alti pini che lo custodiscono, c'è un grande ponte di legno e corde quasi fosse un attraversamento tibetano sul quale i bambini possono mettere alla prova le proprie abilità d'equilibrio, cercando di superare incertezze motorie e psicologiche, quindi paure. Questo oggetto di socializzazione è una sorta di macchina della salute che estende sul territorio circostante quella che è la missione e visione del cittadino che ha l'Unione Sanitaria Internazionale. E sì, hai letto bene. Perché, senza esitazione, comprendendo l'importanza del parco e del lavoro di riqualificazione operato da Amici di Via Plava, la USI decise da subito di donare questo gioco speciale ai bambini e alle loro famiglie. A tutta Roma. Così quando verrete nel parco di Via Sabotino per usare il gioco Adventure USI sarà un po' come entrare nella stessa USI per utilizzare una 'macchina diversa', pensata per prevenire il male della mancanza di aggregazione e della non socialità dei bambini, dei loro genitori e dei loro nonni che per mano li conducono simbolicamente oltre il canyon del ciò che non va, oltre il quale c'è l'altro da sé, da noi. Forse perfino noi stessi. Ecco perché se sentirete il bisogno di un trattamento speciale, capace di risanare la mente e rilassare il corpo, così da essere pronti per poter ripartire di slancio ritornando ai ritmi frenetici della vostra vita, potrete andare nel parco dei miracoli di Via Plava, la via che non c'è. Dove anche un semplice gioco non è solo ciò che sembra.







**Venticinque aforismi per altrettanti esercizi di riflessione intellettuale. Nell'epoca della sintesi che azzera ogni argomentazione e delle immagini che sostituiscono le parole, Gianluca Galotta ci offre una preziosa occasione per risvegliare il nostro cervello.**

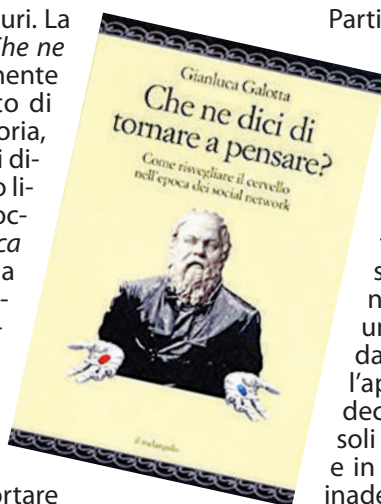
## **Homo brevis, torna a pensare!**

**di Michele Trecca**

Gli aforismi sono gemme, fioriscono se li curi. La cura è l'argomentazione logica: quindi, *Che ne dici di tornare a pensare?*, titolo (e naturalmente anche invito) di un pregevole volumetto di Gianluca Galotta, docente di Filosofia e Storia, giornalista professionista nonché autore di diversi lavori su letteratura e politica. Il nuovo libro di Gianluca Galotta offre venticinque occasioni per... *risvegliare il cervello nell'epoca dei social network*, come dice con molta chiarezza il sottotitolo. I capitoli sono ordinati solo per necessità di indice, non di difficoltà o altro, se si vuole quindi si può procedere nella lettura in piena libertà, seguendo l'estro del momento.

Contrarre di continuo i pensieri nella sinteticità sempre maggiore imposta dai nuovi strumenti di comunicazione può portare ad un'atrofia della propria capacità di riflessione intellettuale, come succede ad ogni muscolo lungamente inattivo. Insomma, *l'homo brevis* (copyright del prof. Galotta), stretto fra l'incudine della messaggistica veloce e il martello della sovrabbondanza di immagini, rischia piaghe da decubito al cervello. Le avventure del pensiero, invece, sono sempre imprevedibili e ricche di emozioni, un accrescimento dell'umanità di chi le cerca e le vive.

Per esempio, l'aforisma numero uno afferma che *Amare è la più grande forma di umiltà* perché - argomenta in poche pagine l'autore partendo da Aristotele e Hobbes - l'amore è l'unica relazione nella quale scegliamo «di limitare (non negare) la nostra individualità a un livello globale e profondo», operazione che richiede uno sforzo sovrumano di umiltà sostenibile solo grazie all'amore: «Non c'è Amore senza Umiltà. E non c'è Umiltà dove non c'è Amore». Dire, quindi, come purtroppo accade di sentire o di leggere, che certe violenze domestiche e sentimentali (statisticamente la maggior parte dei crimini perpetrati nel nostro Paese) a volte sono frutto di un eccesso d'amore è una bestialità anche logica. La violenza è tracimazione del proprio io, l'amore limitazione.



Particolarmente attuale la riflessione (di ascendenza leopardiana) proposta con il sesto aforisma: *La finitudine del singolo uomo è direttamente proporzionale alle possibilità della specie umana*. Il progresso avanza in maniera esponenziale: debellate ormai molte malattie un tempo mortali, allungata la durata media della vita, scoperte nuove branche del sapere per sostenerci anche a livello emotivo... Di giorno, dunque, viviamo «con gli altri uomini in un grattacielo vertiginoso che diventa rapidamente sempre più alto» ma la notte no. All'appuntamento ineludibile con la morte e la decadenza fisica, così come ogni notte, siamo soli nella nostra casetta che è sempre la stessa e in proporzione quindi sempre più piccola e inadeguata rispetto al grattacielo della specie.

Dal chiuso delle nostre anguste mura, le magnifiche sorti e progressive sono solo un crudele e beffardo miraggio, ancor più atroce e inconsolabile quando anche il grattacielo del progresso cede alla natura che comunque ci sovrasta e la notte allunga le sue tenebre sul giorno. Unica salvezza, scopriamo allora, è l'amore che in termini sociali si chiama solidarietà (social catena, diceva Leopardi).

Per quanto ci riguarda, quindi, questo tassello combacia perfettamente con quello dell'aforisma primo di amore e umiltà. A ben pensarci, la duttilità delle riflessioni di Gianluca Galotta consente a chi lo voglia di incastrarle in un puzzle tanto personale da potercisi rispecchiare. È proprio vero: le avventure del pensiero sono sempre stupefacenti. Tornare a pensare è cosa buona e giusta. Ora abbiamo venticinque giustificazioni in meno per la nostra pigrizia intellettuale.

Gianluca Galotta  
***Che ne dici di tornare a pensare?***  
Il melangolo, pagg. 137, € 10