



**360**  
oftalmologia

**NEWS/anno 4/n. 9/2018**

**EMILY CANTERA**

Il Congresso di primavera  
nella Grande Bellezza

**VINCENZO SARNICOLA**

La nuova sfida SICSSO

**#OPHTHALNEWGENERATION**

**GIANLUCA BESOZZI**

Racconta la sua passione: la retina

La secchezza  
oculare è spesso  
responsabile  
dei danni alla  
superficie  
dell'occhio



CarboEye  
Tea



**Soluzione**  
oftalmica  
**lubrificante** con  
**Ipromellosa e**  
**Tè Verde**

[www.360oftal.com](http://www.360oftal.com)

<b>Editoriale</b>	<b>04</b>
<i>di Michele D'Asaro</i>	
<b>Vincenzo Sarnicola e la nuova sfida SICSSO</b>	<b>05</b>
<i>Due esempi nel mondo sui trapianti lamellari di Gianpiero Covelli</i>	
<b>Respect</b>	<b>09</b>
<i>di Daniele Di Clemente</i>	
<b>Il libro</b>	<b>13</b>
<i>Ipovisione e Oftalmologia medico-legale di Paolo Giuseppe Limoli</i>	
<b>Da Specializzando a Direttore</b>	<b>14</b>
<i>Spadea e la Clinica Oculistica di Roma di Pier Franco Marino</i>	
<b>Profilazione del paziente a rischio di glaucoma</b>	<b>17</b>
<i>di Ciro Costagliola e Pier Franco Marino</i>	
<b>Emily</b>	<b>18</b>
<i>Il Congresso di primavera nella grande bellezza romana di Alessandra Gallozzi</i>	
<b>X Congresso di Carlo Orione</b>	<b>19</b>
<i>Foto parlanti, con questo piccolo racconto di Elisabetta Gallozzi</i>	
<b>Premio AICCCER 2018</b>	<b>21</b>
<i>Chirurgia combinata no-touch di Cosimo Mazzotta, Miguel Rechichi, Marco Zagarì, Silvio Zagarì</i>	
<b>Credit formativi</b>	<b>23</b>
<i>Per l'educazione medica continua in Oftalmologia di Silvia Brogelli</i>	
<b>Fratture orbitarie</b>	<b>24</b>
<i>di Chanda Cavallini e Alessandro De Masi</i>	
<b>Come ottimizzare l'intervento di blefaroplastica</b>	<b>29</b>
<i>di Gianni U. Almino, Lilla M. Francone</i>	
<b>UV Oftal Golf Cup</b>	<b>32</b>
<i>di Stefania Salvati</i>	

<b>#ophthalnewgeneration</b>	<b>34</b>
<i>La retina chirurgica Gianluca Besozzi ci racconta la sua passione di Gianni Cimbalo</i>	
<b>Manuale di Perimetria</b>	<b>36</b>
<i>di Guido Corallo</i>	
<b>Autorifrattometria Binoculare</b>	<b>38</b>
<i>La schiascopia 2.0 di Giovanni Amerio</i>	
<b>Marcello Stagni, l'ennesima sfida</b>	<b>41</b>
<i>Il nuovo mercato della medicina iperbarica inizia da lui Fonte: Salute &amp; Famiglia Senza Età. N. 88 luglio - Agosto 2018</i>	
<b>Dalla Fotocoagulazione alla Fotostimolazione</b>	<b>43</b>
<i>Trattamento delle patologie maculari con laser micropulsato sottoglia di Prof. Pier Luigi Esposti, Dott.ssa Gianna Palendri, Dott.ssa Benedetta Pieri, Dott.ssa Giulia Esposti</i>	
<b>SMILE</b>	<b>44</b>
<i>Presente e futuro in chirurgia refrattiva di Daniela Tomasello</i>	
<b>Il senso dell'anomalia</b>	<b>46</b>
<i>Romanzo di Diego Ponzin di Danilo Mazzacane</i>	
<b>Consigli estetici dopo un'estate di bagordi</b>	<b>47</b>
<i>di Maurizio Di Cicco</i>	
<b>Una giornata a 360° con...</b>	<b>48</b>
<i>Pier Franco Marino di Stelvia Rosada</i>	
<b>Francesca Montaldi</b>	<b>49</b>
<i>Oculista per passione, pittrice per caso... ma neanche tanto... di Michele D'Asaro</i>	
<b>ESCRS 2018</b>	<b>50</b>
<i>Conferme e novità da Vienna di Marco Abbondanza</i>	

Direttore responsabile: **Gabriele Abbondanza**  
 Direttore editoriale: **Gian Piero Covelli**  
 Direttore scientifica: **Pier Franco Marino**  
 Responsabile di redazione: **Daniilo Mazzacane**  
 Responsabile delle rubriche: **Daniele Di Clemente**  
 Supervisione: **Alessandra Balestrazzi**  
 Responsabile Board scientifica: **Raffaele Migliorini**  
**Domenico Richichi; Alessandro Segnalini;**  
**Andrea Zapeiloni; Laura Cinelli; Giovanni Cimbalo;**  
**Luigi Marino; Marco Abbondanza; Alberto Lanferlini.**

In copertina: **Emily Cantera**  
 a cura di **Franco Mazzoni**

Hanno collaborato: **Marco Abbondanza, Gianni Almino,**  
**Giovanni Amerio, Gianluca Besozzi, Silvia Brogelli,**  
**Ciro Costagliola, Chanda Cavallini, Gianni Cimbalo, Guido Corallo,**  
**Gianpiero Covelli, Michele D'Asaro, Alessandro De Masi,**  
**Maurizio Di Cicco, Daniele Di Clemente, Salvatore Dolci,**  
**Giulia Esposti, Pier Luigi Esposti, Lilla M. Francone,**  
**Marco Fantozzi, Alessandra Gallozzi, Elisabetta Gallozzi,**  
**Paolo Limoli, Pier Franco Marino, Danilo Mazzacane,**  
**Cosimo Mazzotta, Carlo Orione, Gianna Palendri,**  
**Benedetta Pieri, Miguel Rechichi, Stelvia Rosada,**  
**Stefania Salvati, Daniela Tomasello, Marco Zagarì, Silvio Zagarì.**

Sede: Via Francesco Eulalio Savastano, 20 - 00192 Roma

Progetto Grafico: **Nobis Communication srl**  
 email: [Info@360oftal.com](mailto:Info@360oftal.com)

Social Media: **Alessandra Gallozzi**  
 Segretaria di Redazione: **Elisabetta Gallozzi**

**Tipografia Rotoform srl**  
 Via Ardeatina Km 20,400 - S.ta Palomba  
 Tel. 0671300197 - [m.delgaudio@rotoform.it](mailto:m.delgaudio@rotoform.it)

Pubblicità: **360° Oftal srl**  
 Periodicità: Trimestrale

Registrazione Tribunale Civile di Roma  
 Ufficio Stampa n° 135 del 6 giugno 2014



Michele D'Asaro

360<sup>o</sup>  
OFTALMOLOGIA

in copertina, seguendo però sempre un certo stile social, immaginifico, svelto nel comprendonio, dove ci bastano poche righe per farci leggere, a parte le interviste fiume che aprono mille argomenti in poche pagine. Per il resto restiamo un manipolo di uomini e donne, alla ricerca di un equilibrio forse perduto, a bilanciare questo mondo troppo spesso fatto di nervosismi inutili, dove 360 si è sempre distinta per una vocazione al dialogo, anche in situazioni molto complesse, dove l'onda delle politiche oftalmiche travolge



**S**iamo arrivati al nono appuntamento, decimo con lo Speciale SIGLa 2017.

Nel corso di questi anni abbiamo assistito a molte trasformazioni nel mondo di 360, nel mondo Oftalmologico in generale, nel suo mercato, tra i congressi e soprattutto al cambio generazionale in pieno atto che apre una rubrica, capitanata da Daniele Di Clemente (responsabile delle Rubriche) inevitabile: Ophthalmewgeneration, inaugurata per questo numero dall'elegante Gianluca Bezzi, che della retina chirurgica, accanto a Barbara Parolini a Brescia, e ad Antonio Mocellin a Lecce, ne ha fatto la sua passione anche in termini di chilometri non solo metaforicamente, ma sull'asfalto vero e proprio.

# EDITORIALE

Tra le novità di questo numero c'è anche un ricambio nelle cariche, per dare alternanza alla Gerenza, dove diamo l'arrivederci alla Direzione Responsabile nella figura di Emanuela Franchini, ringraziandola dei salti mortali fatti, in luogo al giovane nuovo Direttore Responsabile Gabriele Abbondanza che da sempre, per lavoro, segue l'argomento oftalmico, al quale facciamo gli auguri non solo per il nuovo difficile incarico (lavorare con noi non è affatto semplice), ma per gli incarichi futuri come Professore di Geopolitica all'Università di Sidney.

Tutto il gruppo della Redazione accoglie il nuovo Direttore Scientifico Pier Franco Marino, front man di moltissimi congressi nazionali e internazionali, non ultimo l'ESCRS di Vienna, dove ha presentato un bellissimo lavoro sulla OSD, con il quale già ci scusiamo per l'ondata di lavoro che lo ha travolto. Sempre nella garanzia dell'alternanza ringraziamo Raffaele Migliorini per l'impegno sapientemente svolto e che avrà il difficilissimo ruolo di "tenuta" del gruppo come Responsabile del Board Scientifico, sempre più folto. In questo numero, visti questi passaggi, ci siamo ritrovati in momenti difficilissimi di riorganizzazione e non finirà mai di ringraziare Alessandra e Elisabetta Gallozzi per il pesantissimo lavoro di correzione e di "seguge" sugli autori e sugli sponsor, sempre pronti a farsi pressare o inseguire. Vi assicuro che non è stato facile.

Inoltre la nuova veste grafica, un restyling doveroso che testimonia i tempi che cambiano, dove la "cosmetica" on line ben si sposa con l'estetica off line, confermando la scelta delle donne oculiste

chiunque, dove "dimmi con chi parli e ti dirò chi sei", dove a noi non ce ne importa nulla in quanto manipolo siamo e manipolo vogliamo rimanere, proprio come una delle prime foto che pubblicammo sui social, questa:

Siamo un Team  
da condizioni estreme.  
Non ci ferma nessuno.  
360Power!



# VINCENZO SARNICOLA

# E SICSSO

**I** primi freddi di settembre mi portano a Grosseto, a scaldarmi nella casa del Prof. Vincenzo Sarnicola, accogliente, antica, ben curata e calda. Un buon piatto e un altrettanto buonissimo vino. La compagnia sia arricchisce di Francesco, il figlio, suo asso nella manica per l'organizzazione del congresso SICSSO.

Gli occhi spesso mi vanno sulle sue mani, che riconosco ben curate e protette dall'assenza quasi totale di gestualità, come a risparmiargli energia preziosa per correre nelle sale operatorie italiane ed estere, a far "danzare", come dice Marian Macsai, quei fragilissimi tessuti nella DMEK.

Partiamo con le domande alle quali scaturisce un vero e proprio fiume in piena!

**Professor Sarnicola, nell'ultimo congresso SICSSO si è notata la scintilla di una trasformazione, di che si tratta?**

*L'ultima SICSSO ha visto la presentazione del cambio societario e di una nuova scommessa: la "Società Italiana Cellule Staminali e Superficie Oculare", si trasforma in "Società Internazionale Cornea Staminali e Superficie Oculare", mantenendo il suo acronimo, ma soprattutto, ampliando la sua missione con un obiettivo importante, diffondere le tecniche di cheratoplastica lamellare nel mondo, supportando le difficili curve di apprendimento dei chirurghi che si avvicinano a questa chirurgia. La nomina di un International Board esclusivamente dedicato a questo aspetto consentirà di raggiungere gli obiettivi della nuova sfida nel mondo: "Corneal Transplant Foundation for Developing Countries". L'ambizioso scopo è di poter offrire ai chirurghi corneali che ne faranno richiesta, un supporto in loco, presso i loro ospedali, rendendo le curve di apprendimento più sicure e veloci, perché tutorate da colleghi già esperti.*

**Quindi non si tratta di una missione umanitaria, come quelle classiche che si fanno nel Terzo Mondo.**

*La missione non ha lo scopo di portare un po' di pesce (fare degli interventi), ma di insegnare a usare bene la canna da pesca (insegnare a fare i trapianti lamellari) per rendere i chirurghi autonomi. È un esempio semplice ma rende l'idea! Non si rivolge solo a paesi terzomondisti, intesi come economicamente disagiati, ma anche a qualunque paese che risulta essere "un developing country" nella chirurgia lamellare.*

**Insisto nella domanda perché noi di 360 quando abbiamo intervistato i partecipanti di questo progetto, alcuni si dicevano contenti di aiutare i paesi del Terzo Mondo tramite queste missioni.**

**Vuole chiarire questo aspetto?**

*È, in effetti, una missione umanitaria, nel senso più ampio del termine, poiché è umanitario non solo andare in loco a fare degli interventi, ma è addirittura più umanitario insegnare tecniche chirurgiche con migliori risultati ovunque sia possibile, non discriminando nessuno. Ricordo a tutti che SICSSO è una società non profit. Ovviamente queste missioni si faranno seguendo criteri di fattibilità dei progetti che si proporranno. Verranno considerati criteri di priorità le maggiori necessità ed il verosimile raggiungimento del risultato proposto.*

*Voglio essere più chiaro: sarà ritenuto inutile programmare una missione in un paese che non ha e non avrà possibilità di approvvigionamento di tessuti in un futuro prossimo. Il Board internazionale ha già chiarito questo, le missioni si faranno per aiutare lo startup di centri che ragionevolmente possono avere un futuro.*

*Il senso è quello di stimolare la formazione di nuovi centri che diventeranno autonomi e funzionanti.*

*Gianpiero lasciami aggiungere che verissima è l'affermazione di un tedesco di cui mi sfugge il nome: "... è facile avere idee nuove e condividerle, ma risulta difficilissimo liberarsi delle vecchie...".*

*Ed ecco quindi che, quando si utilizza il termine "umanitario", si pensa subito a un medico che si rende disponibile a "donare" la sua opera per effettuare degli interventi. Non è assolutamente questo che vogliamo fare. La cecità corneale è la quarta causa di cecità nel mondo, ed è oggi spesso risolvibile. È necessario diffondere criteri fisiopatologici e di terapia, completamente cambiati negli ultimi anni in campo di patologia corneale. Ed è qui già il primo problema, perché drammaticamente la chirurgia*



SICSSO 2018

360°  
multimedia

una gran festa! Oggi abbiamo invece la necessità di dare una risposta settanta volte maggiore di quella che attualmente riusciamo a dare.

### L'attività "Corneal Transplant Foundation for Developing Countries", è già "partita", o è per ora solo su carta?

La nuova mission è già partita, ha già il suo International Board, nominato durante lo scorso congresso a Paestum, che vede la presenza delle maggiori autorità del mondo in questo campo, includendo personaggi del Nord America, europei, dell'Africa e dell'Asia. Ci sono rappresentanti delle società scientifiche internazionali più importanti come Cornea Society, PanCornea, Eucornea, Asia Cornea Society. C'è un grandissimo entusiasmo! Il Board ha stabilito le Linee Guida per impostare una missione. È già online un'applicazione per richiedere una missione. Alcune richieste sono già arrivate e due sono già state approvate e programmate. La prima sarà all'Università di Tbilisi in Georgia nel prossimo novembre, la seconda sarà all'Università di Istanbul in Turchia in Dicembre. In sintesi siamo già operativi.

### Come si trova questa application

Si entra nel sito Sicssso, si clicca su "Corneal Transplant Foundation for Developing Countries", e lì si trova il seguente link: <http://sicssso.org/new/corneal-transplant-foundation-2/>

### Quindi a questo punto l'acronimo SICSSO cambia?

No, l'acronimo resta lo stesso per non perdere domini e posizionamenti web, ma il significato è diverso.



SICSSO 2018

della cornea è spesso affrontata da bravissimi chirurghi del segmento anteriore, che ahimè, poco o niente conoscono della fisiopatologia corneale, e che purtroppo spesso ripropongono l'approccio chirurgico della cataratta (sostituzione di

una lente opaca con una trasparente) alla patologia corneale (sostituzione di una cornea opaca con una cornea trasparente).

L'operazione della cataratta è un approccio medico unico nel corpo umano, in quanto, indipendentemente dal perché è avvenuta, si risolve tagliandola e mettendo una lente artificiale per far sì che il paziente riveda.

Quest'approccio non può andar bene per la cornea. Non stiamo impiantando una protesi ben tollerata (un cristallino artificiale) ma un tessuto fragile, perché denervato, che deve continuare a vivere, nonostante il suo originario e diverso destino, che dopo il suo innesto ha problemi di compatibilità immunologica, di complicità infettive, di resistenza meccanica, di capacità di difesa. Tutte problematiche che convergono condizionando la sopravvivenza dell'innesto. È necessaria una diagnosi certa della malattia, capire il distretto corneale colpito. La sostituzione dello stroma nelle malattie stromali, dell'endotelio nelle malattie endoteliali, e la ricostruzione della superficie nelle malattie della superficie hanno consentito di avere risultati completa-

mente diversi dal vecchio approccio: "un trapianto perforante a tutti", con sopravvivenze a lungo termine decisamente migliorate. Ecco la necessità di diffondere nel mondo le conoscenze fisiopatologiche e chirurgiche necessarie a sconfiggere o arginare la cecità corneale.

### Di quanto dovrebbe incrementare l'attività trapiantistica nel mondo, in altre parole qual è il fabbisogno stimato?

Il fabbisogno stimato per sconfiggere la cecità corneale nel mondo è di 70 volte il numero di cornee attualmente disponibili. Di conseguenza oggi stiamo curando solamente un settantesimo degli aventi bisogno per malattia corneale curabile. Purtroppo non è disponibile alcuna stima dei centri necessari a innestare le corne.

C'è quindi un lavoro immane da fare nel mondo. Esistono intere nazioni o, addirittura, interi continenti, dove l'attività di trapianto corneale è praticamente assente, con milioni di pazienti che hanno bisogno di essere curati.

### Non esiste la possibilità di produrre un tessuto corneale artificiale? I tessuti artificiali oggi non ci sono. Se domani ci saranno, faremo tutti



SICSSO 2018

### Ci sintetizza la governance della nuova SICSSO congresso/fondazione?

Abbiamo varie figure. C'è un CD composto dai soci fondatori SICSSO originari, che gestiscono la parte economica e dettano gli indirizzi generali che le attività dei due Board devono seguire. Quindi il Board Nazionale, nominato in carica per due anni, rinnovabile una sola volta, gestisce il congresso che quest'anno si svolgerà a Torino, organizzato localmente da Claudio Panica, direttore all'Ospedale Oftalmico, con la segreteria scientifica del Dott. Romolo Protti, specializzato nella chirurgia lamellare. Abbiamo poi un Senior Board, che coadiuva l'organizzazione del congresso, costituito da chi ha fatto parte di precedenti Board SICSSO, e che rimane legato alla società per i meriti dell'attività svolta. Il Board Internazionale infine, gestisce le missioni. Il presidente è Edward Holland, persona conosciutissima, già presidente di ESCRS e dell'American Academy of Ophthalmology, nonché uno degli autori del trattato "Cornea". Una persona sopra le parti che tutti riconoscono essere il faro di questa vicenda.

Lei che ruolo ha all'interno di SICSSO?

### Lei che ruolo ha all'interno di SICSSO?

Io presiedo il Consiglio Direttivo, da sempre, una carica che mi consente di verificare le sorti economiche di questa società che vive un equilibrio di bilancio costante, non avendo mai speso più di quello che aveva, né di meno. Mantengo i rapporti tra Consiglio Direttivo e i vari Board, con la carica di Presidente Onorario.

### SITRAC e SICSSO che rapporti hanno e quali sono le differenze?

Il lavoro fatto da SITRAC è eccellente, sempre continuo negli anni. È stata la prima società italiana di trapianti di cornea, ha sempre coinvolto tutti



*i maggiori esperti italiani con un congresso nazionale di assoluto valore. È il vero congresso italiano sul trapianto di cornea.*

*SICSSO è sempre stata più snella, forse più proponente verso le cose nuove. È stata la società italiana che ha introdotto il trapianto di membrana amniotica con Sheffer Tseng, il primo trapianto di limbus con Ed Holland, il primo trapianto di endotelio con Terry, la prima Keratoprotesi di Boston con Hannush, ed è sempre stata attenta alle novità, abbracciandole immediatamente con un fare, forse più libero e disinvolto.*

*SITRAC è forse stata una società più prudente, ma sempre di immenso valore. I rapporti tra le due società sono sempre stati di un corretto contraddittorio, anche se qualche volta forse con toni un po' più accesi. Molte volte ci sono stati simposi SICSSO in SITRAC e viceversa. Credo siano società che insieme, in maniera complementare, hanno coperto tutte le esigenze della Comunità Scientifica italiana, sulla cornea ovviamente. Con orgoglio possiamo affermare che entrambe le Società hanno contribuito a elevare il livello della chirurgia corneale italiana, che occupa nel mondo un posto di rilievo.*

#### **Parliamo del nuovo congresso di Torino. Ci saranno delle novità?**

*Torino è una bellissima città, ma questa non è una novità SICSSO che cerca sempre belle location per accogliere nel modo migliore i numerosi stranieri che frequentano il congresso. La novità è che siamo ospiti dell'Ospedale Oftalmico, una delle poche Cattedrali dell'oftalmologia rimaste in piedi, con la disponibilità di 5 sale operatorie da dove faremo una meravigliosa chirurgia in diretta, alternata con discussioni di casi clinici. Ci sarà come sempre la visita in diretta del paziente di difficile diagnosi, una sessione sempre apprezzatissima.*

*L'altro vantaggio è che all'Oftalmico di Torino si esegue un'ottima chirurgia lamellare da anni, con il dottor Romolo Protti che, come preannunciato, coordinerà la Segreteria Scientifica del congresso. E poi il Piemonte vanta chirurgie corneali di primissimo piano come... vado a memoria... Luigi Bauchiero, Guido Caramello e sicuramente altri che mi sfuggono in questo momento. È sempre stata una regione che si è espressa, in campo oculistico e corneale in maniera egregia.*

#### **A chi andrà la Medal Lecture SICSSO 2019?**

*Non l'abbiamo ancora deciso. È ancora presto per valutarlo.*

#### **Con che criteri conferite le onorificenze?**

*Per chi si è distinto negli ultimi 10 anni nella chirurgia corneale, in maniera oggettiva per più motivi. Ad esempio abbiamo premiato Diego Pon-*

360°  
SICSSO



*zin 5 anni fa. Il suo lavoro presso la Banca del Veneto è sempre stato eccellente, e riconosciuto in tutto il mondo.*

#### **Che ne pensa delle nuove generazioni e delle nuove leve in questo settore?**

*Le nuove generazioni sono eccellenti.*

*Nuove generazioni significano nuova energia, nuova linfa, desiderio di fare e fare bene, sono caratteristiche di chi sopraggiunge.*

*Le nuove generazioni hanno sempre aperto porte e portoni che erano rimasti chiusi.*

*Anche la mia l'ha fatto in passato.*

*Quindi sicuramente faranno benissimo e daranno contributi importanti. Tuttavia, visto che sto invecchiando, come tutti i vecchi noto alcuni difetti nelle nuove generazioni. Piccoli difetti migliorabili e quindi mi corre l'obbligo di esprimerli.*

*I difetti che vedo nelle nuove generazioni, molto spesso, sono ascrivibili a un rigore più affievolito, una precisione meno dettagliata, un buonismo più disinvolto. Sono condizioni che nella chirurgia e nella medicina possono essere pericolose.*

*Credo che sia colpa del computer, e anche di un'educazione accademica che poteva essere forse più rigorosa. Il computer consente di aprire 100 finestre per poi chiuderne solo tre (si percepisce il polso gestionale del personaggio. Ndr), e lasciarne novantasette aperte. Quando un giovane scrive un esame obiettivo a penna, molto spesso non riporta la data. Sempre colpa dei computer che registrano le date automaticamente. La mia esperienza da "giovane" è stata molto diversa. Il mio direttore passava in reparto tutti i lunedì e ci interrogava "in diretta" davanti a tutti, colleghi e malati. Non c'era Google al quale chiedere aiuto. Voglio dire che l'esercizio della memoria ci ha aiutato moltissimo nella nostra crescita professionale. Ma oggettivamente mi rendo conto che forse rispetto al tempo... sono io ad essere scnesso! E chiedo scusa per quanto appena detto, anche se sono convinto che un po' più di rigore non farebbe male.*

#### **Comunque mi fa piacere testimoniarle che ci sono molti giovani che la vedono come un mito assieme alla sua chirurgia. Testimonianze ascoltate soprattutto al congresso, da ragazzi che lavorano tosto in vari ospedali italiani.**

*Il giovane è sempre una forza della natura, e questa cosa che dici mi emoziona. Spero di non deluderli mai, ma di riuscire invece ad aiutarli. Il mio consiglio è sempre lo stesso: "schiena dritta sempre". L'onestà è sempre la migliore arma per difendersi.*

#### **Che cosa state facendo in SICSSO quindi per i giovani?**

*Questa è una bellissima domanda.*

*Quello che stiamo facendo per i giovani sono sicuramente i Wet Lab di cui descriverò in seguito.*

*Lasciami dire prima che i giovani hanno bisogno di tener presente almeno due cose:*

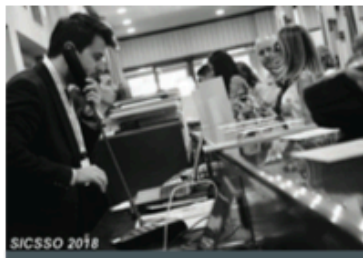
*la prima è di orientarsi subito verso una super-specializzazione, perché oggi l'oculistica non è più come prima. Noi dovevamo, più o meno, saper fare tutto. Uscivamo che avevamo imparato vie lacri-*



con qualunque collega mi abbia coinvolto nelle sue problematiche. Il risultato è stato che molti colleghi sono partiti con le tecniche lamellari. Devo dire che la generosità fortunatamente è comune alla maggior parte dei chirurghi corneali. È quello che registriamo con l'attività collegata alla nuova mission SICSSO.

mali, palpebre, fratture del pavimento dell'orbita, glaucomi, distacchi, da dentro e da fuori, trapianti, cataratte semplici e combinate a glaucoma, ecc. Oggi questo non è più possibile perché l'evoluzione è rapidissima nei vari settori, e quindi, dopo una formazione di base allargata, consiglio a tutti i giovani oculisti di prendere una via di ulteriore specializzazione, e di organizzarsi in studi associati per condividere le ingenti spese di attrezzature necessarie. Oggi ci sono almeno 9/10 branche, dalla retina medica, alla retina chirurgica, lo strabismo, le palpebre, il glaucoma... I giovani devono inquadrare immediatamente un settore e seguirlo, con "capricciosa intensità", perché tutto cambia rapidamente e il malato di oggi, giustamente, chiede le migliori cure.

La seconda cosa, forse ancora più importante, che voglio dire ai giovani è di non occultare i propri errori! La nostra professione a volte sembra chiedercelo, e non è così! Se cominciamo a dire una bugia per coprire un errore, poi, via, via, ne dobbiamo dire sempre una più grossa, per coprire un errore ancora più grande. Conviene confessare l'errore subito, ammetterlo aiuta a far sì che non avvenga più. Una sorta di confessione/assoluzione. Pur non essendo molto cattolico, ma profondamente cristiano, posso dire che questa cosa serve per darti quell'equilibrio che poi consente di essere lucido nelle scelte, sincero, sereno, convinto che quello che stai facendo è giusto, perché sai che lo stai facendo con determinazione e con spirito leale.



**Parlando di Wet Lab SICSSO, con tutte le sue postazioni e con il tutoraggio di così alto spessore, è vista come uno dei laboratori più autorevoli di tutti i congressi italiani in campo corneale.**

**Ci saranno novità al riguardo?**

Noi siamo stati i primi a fare Wet Lab su tessuti umani. Detta così sembra una cosa che può lasciare perplessi! Invece non deve esserlo perché vengono usati tessuti destinati allo smaltimento. Mi spiego meglio perché è un punto da chiarire bene. Il 45% dei tessuti di una Banca degli Occhi, in media, per vari motivi, è destinato allo smaltimento. Per le nuove tecniche lamellari corneali, avere la possibilità di un training su tessuti umani, anche se di scarsa qualità, risulta estremamente vantaggioso. Voglio ringraziare le banche degli occhi italiane che con lungimiranza consentono questa attività di immenso valore didattico.

**Lei dice che si sta facendo vecchio. Non si faccia troppo vecchio perché deve operare e fare da tutore ancora tanto e per molto tempo, in giro per l'Italia e per il mondo.**

Mi sono sempre speso per questa! Con 14 missioni in Bolivia, quelle "old style" di cui parlavamo prima. Dove siamo riusciti anche a costruire un ospedale tutto italiano, grazie alla donazione di un grossetano. E poi missioni in Ecuador, in Brasile...! E in Italia sono sempre stato disponibile

**Il tessuto viene inviato dalla Banca già preparato?**

Sì, finalmente Sì. Le banche degli occhi fanno oggi dei lavori egregi!

**Mi scuso con i lettori non del settore per la domanda. Il donatore dona a cuore battente?**

No, la grandissima disponibilità dei tessuti corneali è legato al fatto che il pool di donatori è il 100% di coloro che lasciano questo mondo (mi stupisce la delicatezza, e a tratti l'imbarazzo con il quale il Prof. mi parla di questo argomento. Ndr). Il prelievo è, infatti, eseguibile a morte cardiaca avvenuta già da alcune ore. Si può prelevare dopo che il decesso è stato dichiarato, cosa che non avviene per gli organi. Questo aspetto aiuta moltissimo il reclutamento di tessuto corneale. Dà la possibilità di avere un lasso temporale che facilita l'acquisizione del consenso al prelievo. I familiari hanno avuto il tempo di metabolizzare la dolorosa ma ormai avvenuta perdita del congiunto. Sono più disponibili a un approccio empatico che comunichi con rispetto l'importanza della donazione. La richiesta di un organo a cuore battente, nella morte cerebrale, è più complessa. Il congiunto è disperato e solo una "colta" lucidità consente a un familiare di donare.

**Che destino hanno i trapianti perforanti? Sono destinati a finire?**

Secondo me sono già finiti tranne poche indicazioni, dove può essere utile sostituire la cornea a tutto spessore. Diciamo che in un centro avanzato di chirurgia corneale, l'indicazione di un trapianto di cornea perforante è nel 2/3% dei casi.

**Quindi state togliendo lavoro a Marian Macsai, regina indiscussa delle suture nella chirurgia oculare?**

No, Marian è una persona "immensa", con una cultura infinita, una cara amica, una donna di riferimento. È una docente molto didattica e che ha speso tanto tempo nell'insegnare di tutto, anche a eseguire le suture, ma lei fa anche trapianti lamellari. Mi diceva che ora si sta divertendo a cercare di capire la "danza" della DMEK. E poi le suture corneali servono anche nei trapianti lamellari.

**Lei ha un rapporto di amore con la sua chirurgia. Forse il vero segreto del suo successo...?**

L'ho avuto sempre.

Un sorriso illumina il volto del professor Vincenzo Sarnicola, ma è inutile che lo descrivo a penna perché il suo sorriso, soprattutto nei riguardi di certi sensibili argomenti, lo conoscete bene. Sarà uno dei chirurghi più bravi e più famosi in campo oculistico a livello internazionale, ma è pur sempre un Cavaliere d'altri tempi.





# RESPECT

**I**l mondo ha sempre più bisogno di buona salute, visiva in particolare, per i motivi che tutti noi ben conosciamo (allungamento della vita media, elevazione qualitativa-visiva della vita stessa, uso di sistemi video in modo pressoché ubiquitario, ecc.). Il bisogno oggettivo di medici oculisti e di ortottisti è pertanto sempre più elevato e, in alcune zone, soprattutto in quelle più periferiche del nord Europa, si avverte già qualche carenza.

Ma, in verità, la maggior parte delle professioni liberali più classiche, quali sono non solo i medici, ma anche gli ingegneri, architetti, avvocati, commercialisti, vengono quotidianamente criticate, limitate, erose e sfibrate nel loro agire quotidiano.

Perché la mente collettiva – termine quest'ultimo vago, ma che in fondo rende l'idea di come la pensa la gente, aggredisce le proprie menti migliori, i giovani più preparati, i professionisti più qualificati ed esperti, insomma le funzioni più elevate e più utili al rafforzamento della struttura sociale?

Perché anche i nostri biologi, i chimici, gli artisti, gli storici, i geologi sono trattati come delle persone alquanto irrilevanti e quindi facilmente sostituibili al punto da essere pagati, in molti casi, meno di una colf?

Perché andare così nettamente controcorrente rispetto a molti altri paesi occidentali ben più solidi di noi italiani?

Quale corrente inconscia masochistico-decadente pervade i nostri popoli al punto da voler erodere il ruolo proprio di chi li protegge di più, che so, dal crollo di ponti autostradali?

Perché obera i professionisti di balzelli, incombenze, burocrazie, perché li contesta sistematicamente, a tutti i livelli, nelle loro attività professionali mostrando la volontà palese ed aggressiva di

indebolire il loro essere intrinseco, senza prendere atto che, così facendo, sottrae la linfa vitale delle nostre società, obbedisce, senza rendersene conto, a logiche dannose ai popoli ma molto utili al rafforzamento di interessi oscuri al buonsenso?

È per tutto ciò che io credo sia giusto contrastare sistematicamente, in ogni occasione possibile, le accuse ingiuste di malpractice da cui siamo costantemente tempestati - e a questo proposito vi invitiamo, insieme a Roberto Bonfili, al congresso che organizziamo, su tali argomenti, il 16 Novembre 2018 all'Ordine dei Medici di Roma.

Il titolo dell'incontro sarà: "Luci ed ombre sul contenzioso Medico Legale Oftalmologico".

Aggiungo che, mentre abbiamo il dovere di mostrarci sempre più sinergici e preparati di fronte a questo per me inspiegabile comportamento verso i medici trovo importante ricercare ogni possibile equilibrio, collaborazione e armonia col mondo degli Ottici - Optometristi. Quasi solo in Italia esiste tale attrito.

Gli Ottici sono una categoria di bravi commercianti con cui, ognuno nel rispetto delle proprie competenze, è chiaro, potremmo tranquillamente integrare le nostre reciproche attività. A loro il commercio, a cui auguriamo ogni successo e lauti guadagni, a noi l'Oftalmologia. Tutto qui.

Anche perché è vero che esiste una piccola minoranza di ottici che si sente cattedratica di Oftalmologia ma esistono anche tanti pazienti che non vogliono proprio farsi curare dai medici - è strano ma è così - ed affollano, di loro spontanea volontà, oltre ai negozi di ottica, anche le farmacie, parafarmacie, sanitarie, medical points (senza medico dentro!) nei centri commerciali, ecc. Insomma non prendiamocela troppo con gli ottici, ma cer-



di comunicare. Si tratta di una modalità rapida, efficace, competente, energetica, nel senso che conferisce idee, forza professionale a chi ne fa uso regolare e soprattutto priva di orpelli formali e di sudditanze carrieristiche.

Tra queste vorrei sottolineare la forza innovativa del "nostro" 360 gradi in Oftalmologia, sempre un passo avanti, seguito ed apprezzato da ampie e crescenti fasce di nostri colleghi.

Questi modi di comunicare via Facebook, LinkedIn, ecc. dovrebbero essere dotati, a mio parere, di punteggi ecm ed essere sempre ben attenti a rimanere del tutto scollegati da dogmatismi, posizioni preconcepite, rigidità accademiche, interessi commerciali.

Tutto in essi può essere preso in considerazione, in modo chiaro, paritario e discorsivo. Nessuno insegna, tutti imparano. Chi parla dei propri insuccessi o incertezze o dubbi è, almeno da me, più apprezzato di chi esprime certezze, che in medicina non esistono.

#### LA PARTITA COLLETTIVA

Unità è forza, è capacità di essere riconoscibili, di essere comprensibili, spiegabili. Dobbiamo veicolare pochi messaggi, ma forti, netti, inattaccabili. L'unità si rafforza se noi ci poniamo su principi in cui si riconoscono, tout court, tutti gli oculisti. Questi sono i principi che io anteporrei:

In prima linea porrei la difesa dei deboli, cioè quelli ai due estremi della vita, i bimbi ambliopi e gli anziani maculopatici.

Poi la prevenzione dei lavoratori che ora sono i più esposti, i videoterminalisti. Sono loro la frontiera e l'ergoftalmologia, la diagnosi precoce, la riabilitazione visiva-ortottica ne sono le nostre trincee di prima linea.

Infine l'occhio e il sistema, il corpo. Le patologie sistemiche associate o interconnesse con alterazioni oculari. Noi abbiamo cominciato da lì e lì dobbiamo tornare

#### LA PARTITA SINGOLA

Sempre la più importante e difficile.

Ognuno di noi il rispetto lo deve trovare in se stesso, ogni giorno, durante ogni visita, ogni intervento, e in ogni atto medico.

Conferiamoci dignità e rispetto e avremo un ruolo dignitoso e rispettato.

Non svendiamo la professione, non facciamoci concorrenza ostile, non attacchiamo i colleghi, confrontiamoci certo, magari in maniera vivace, tra noi, sui social, nei congressi, ma mai in ambienti profani, cioè non sanitari.

Nessun patto con chi vuole indebolirci, ma calorosa collaborazione e amicizia a chi sentiamo che sta dalla nostra parte.

Siamo una categoria riservata e gentile, dai modi di essere per certi versi simbiotici proprio con il senso della vista, ma rispettosa, dignitosa e decisamente orgogliosa di essere.

Se stessa.

chiamo noi stessi di comprendere i rapidi cambiamenti della nostra società.

Altre considerazioni, sempre, in qualche modo, centrate sulla problematica del rispetto della nobile arte medico-oftalmologica potrebbero essere le seguenti.

Dunque, secondo voi, se prendiamo, ad esempio, il nostro portiere, o il giardiniere che ci taglia il prato, o il garagista sotto casa, con la massima stima per tali bellissime professioni, e insegnamo loro, ad esempio, il peeling di membrane epimaculari, per 1 anno, tutti i giorni, tutto il giorno, alla fine dell'anno essi saranno in grado di effettuare tale intervento così complesso e delicato?

Secondo me, semplicemente sì, essi ci riusciranno.

Cioè voglio qui significare il paradosso che la scomposizione estrema di ogni atto medico, anche tra i più complessi, può essere effettuata in modo accettabile da chiunque sia dotato di normali capacità intellettive e manuali, indipendentemente dal suo grado di istruzione. Certo, la sintesi non è possibile, cioè per diagnosi, prognosi e terapia integrate in più funzioni, beh lì ci vuole, inevitabilmente, ancora, il medico, solo lui. Quando subentrerà la piena robotizzazione, beh allora, forse, ci porremo il problema.

Breve puntualizzazione doverosa: scrivo al maschile, ma penso al femminile, il futuro della maggior parte delle professioni liberali è delle donne. E ciò è luminoso.

Le società occidentali, affamate di prestazioni mediche, indurite dal crescente costo sanitario globale, hanno pensato "furbescamente" di scomporre la medicina in una miriade di competenze parcellari, quali ad es., i tecnici di radiologia, quelli di anestesia, i dottori in audioprotesi, gli odontotecnici, gli optometristi, ecc... per poter ottenere - ritengono - le stesse assistenze sanitarie senza essere obbligate però a confrontarsi con la professione medica, giudicata eccessivamente costosa, troppo autorevole.

La classe medica è stata giudicata poco gestibile, troppo legata al ragionamento illuminista, un modo di essere talmente solido, etico, rigoroso, da mettere in difficoltà il chiacchiericcio da cortile di una classe dominante abile nel proclamare quanto scarsa nel riflettere. Cosa possiamo fare, come possiamo dare un impulso nel far arrivare le nostre ragioni al mondo che ci circonda? In che direzione muoverci per riportarci a svolgere la nostra professione con soddisfazione nostra e dei nostri pazienti? Tante strade sono percorribili; lo ne vedo alcune. Nessuna soluzione miracolosa ma, ragionando in piccolo, si può andare lontano.

#### I SOCIAL

Pochi sono più restii di me ad entrare in tale mondo, però devo ammettere che esso rappresenta la vera novità nel nostro modo



360°



# ANCORA GOAL



**29-30 marzo 2019**



**GOAL**  
GRUPPO OCULISTI AMBULATORIALI LIBERI

[www.oculistigoal.org](http://www.oculistigoal.org)

**G**oal si ripropone con il 2° Congresso Nazionale il 29 e 30 marzo 2019 nella città eterna: ROMA

Il congresso dal titolo:

## **L'OCULISTA TERRITORIALE REAL LIFE: CONSENSUS MEETING SU DIAGNOSI E GESTIONE DELLA PATOLOGIE OCULARI AMBULATORIALI**

avrà una veste innovativa caratterizzata da una più ampia attenzione a quello che è il "mondo reale" della professione dell'oculista territoriale oggi in Italia.

I lavori congressuali si articoleranno in 2 aree principali.

La prima sarà dedicata a quella che è la formulazione del SOSPETTO DIAGNOSTICO, mentre la seconda riguarderà la GESTIONE delle principali patologie oculari già diagnosticate.

Una bella novità sarà la realizzazione di un simposio ESASO dedicato alla superficie oculare.

Non mancheranno temi di attualità come la teleoftalmologia, gli aspetti medico legali ed assicurativi della professione nonché un'attenta valutazione del corretto uso dei nutraceutici.

Le giornate congressuali rappresenteranno inoltre la giusta occasione di incontro e confronto con gli altri attori del sistema sa-

nitario e di formulazione di proposte atte a migliorare la "good medical practice" che ha sempre caratterizzato la professione del medico senza dimenticare la dovuta attenzione al paziente/persona considerato olisticamente e al centro del sistema.

Con edulcorante

# GAIAVIT

Integratore alimentare di Minerali con collagene, Acido ialuronico e Bromelina ed estratti vegetali di Polygonum cuspidatum e Luppolo

Idrata il tuo corpo



**INFRABIOS**  
Health Care



# IL LIBRO

## IPOVISIONE E

# OFTALMOLOGIA MEDICO-LEGALE

**I**l volume, nella filosofia dei Low Vision Books, affronta in maniera analitica un aspetto fondamentale con cui gli operatori della riabilitazione si devono misurare: l'oftalmologia medico-legale.

L'ipovisione è un settore dell'oftalmologia ancora poco conosciuto che richiede approfondimento costante, un approccio multifattoriale, competenze multiple e un dialogo in doppio senso con gli altri settori della disciplina oftalmologica.

Non si tratta solo di applicare un ausilio ottico che ingrandisca una sequenza di caratteri, ma anche e forse soprattutto mirare al neuropotenziamento della funzione visiva residua, utilizzando nel loro insieme tecniche mediche, riabilitative e chirurgiche.

Pensiamo all'utilizzo di integratori angiogenetici e neurotrofici, pensiamo alle tecniche di stimolazione pulsata, basate su stimoli microelettrici, luminosi o mediante pattern ottici, alle tecniche di stabilizzazione delle fissazioni nelle aree preferenziali basate sul biofeedback sonoro microperimetrico, alle tecniche chirurgiche refrattive come la facoemulsificazione con impianto di IOL, la chirurgia refrattiva, alle tecniche basate sulle terapie cellulari che possono contribuire a rallentare, stabilizzare o anche migliorare l'evoluzione di alcune patologie causa di ipovisione.

Oltre all'aspetto oftalmologico propriamente detto va considerato anche che la percezione visiva che si vuole enfatizzare è frutto di interazioni corticali degli stimoli ricevuti. È possibile interagire con la corteccia cerebrale stimolando la neurogenesi e migliorando i flussi sanguigni. Dunque non dobbiamo dimenticare di valutare il nostro paziente ipovedente da un punto di vista nutrizionale, emoreologico, cardiologico, e comportamentale.

Ancora, il paziente ipovedente presenta problematiche cliniche e sociali differenti a seconda dell'età in cui si manifesta la com-

promissione visiva, a seconda della patologia di cui il paziente è affetto, della sua gravità e dell'epoca di insorgenza.

Un approccio clinicamente corretto alle problematiche scaturite dalla riabilitazione visiva, nel rispetto delle normative medicolegali vigenti, diventa una premessa fondamentale in considerazione del fatto che nei prossimi anni la popolazione affetta da una menomazione visiva responsabile di handicap visivo, ma non da cecità, diventerà sempre più numerosa.

Dunque non appare possibile imbrigliare la materia in anguste linee guida ma occorre comunque tracciare un percorso che lasci spazio ad ogni possibile sviluppo clinico: l'obiettivo è conservare, potenziare e soprattutto utilizzare il residuo visivo permesso senza far correre dei rischi al paziente.

Il libro, attraverso una precisa disamina delle problematiche medicolegali che comunemente si incontrano nel lavoro riabilitativo, cercherà di aiutare chi si avvicina alla materia nel tenere il comportamento più corretto nel rispetto degli obiettivi preposti. Verranno definite le norme esistenti e auspicate delle nuove più sentite. Ma ricordiamoci sempre che senza ricerca non c'è cura.





Pier Franco Marino

360°  
MAGAZINE



Spadea e la Clinica Oculistica di Roma:

# DA SPECIALIZZANDO A DIRETTORE

**I**l ritorno di Leopoldo Spadea come Direttore della UOC della Clinica Oculistica del Policlinico Umberto I° di Roma.

12 aprile 2018, una data da ricordare per la Clinica Oculistica del Policlinico Umberto I° di Roma, quando il Professor Leopoldo Spadea si è presentato ufficialmente, con una relazione molto articolata, davanti allo Staff Medico e Paramedico di quella che diventerà la sua Equipe da dirigere.

Un compito che è stato preceduto da nomi altisonanti, come i Professori (vengono i brividi solo a scriverli), Giuseppe Cirincione, Giuseppe Ovio, Vittoriano Cavara, Giambattista Bietti, Rosario Pannarale, Giuseppe Scuderi e Corrado Balacco Gabrieli. I muri di quella Clinica risuonano ancora delle loro voci.



Leopoldo Spadea e Alessandro Lambiasi

Ma quella di Spadea, nella sua presentazione dell'Aula Magna della Clinica Oculistica di Roma, in una tarda mattinata di lavoro, ha gettato le basi per farsi ascoltare e risuonare con la volontà precisa di applicare la sua "forza lavoro" che l'ha sempre contraddistinto, da quando era un giovane assistente del Professor Emilio Balestrazzi a l'Aquila, dove ne divenne il Direttore, per poi passare alla guida del Polo Universitario Pontino assieme al Professor Vincenzo Vingolo, per approdare oggi come Direttore della UOC della Clinica Oculistica di Roma.

Ha descritto il presente e il futuro, che già si fa sentire grazie a piccoli spostamenti e riorganizzazioni, che hanno già avuto il me-



*Leopoldo Spadea ed Elena Pacella*

rito di aumentare del 30% gli interventi chirurgici, implementandoli con una delle sue eccellenze personali, i trapianti di cornea, sia essi perforanti, che lamellari, comprendendo ovviamente il segmento anteriore e la retina.

Tutta questa nuova scacchiera di caselle, ben riempita da professionisti di lunga esperienza, ha portato già l'enorme risultato di aver fatto guadagnare all'Azienda un 40% in più sulle prestazioni chirurgiche e ambulatoriali.

Una presentazione minuziosa che ha toccato tutti i punti di una giornata tipica di lavoro, sia del medico, che dell'ortottista, che dell'infermiere, ma soprattutto della figura cardine di quella Scuola: gli specializzandi, stressando un forte concetto di dignità e impegno ("... Gli specializzandi non si chiamano "ragazzi" ma "dottori"... ndr) volto a offrire a loro la possibilità



*Leopoldo Spadea e Antonio Greco*

di essere la vera avanguardia chirurgica e medica delle nuove generazioni di oftalmologi.

A dargli il benvenuto, il Professor Alessandro Lambiase, la Professoressa Elena Pacella e il Professor Antonio Greco Direttore del Dipartimento Organi di Senso.

360<sup>®</sup> in Oftalmologia news augura al Professor Spadea di poter realizzare tutto il suo nuovo progetto per una fase 2.0 di una delle cliniche universitarie più importanti d'Italia.





Dal 1974 Opto Medica propone sempre le ultime novità nel mondo dell'oftalmologia con l'obiettivo di risolvere ogni problema al medico chirurgo e raggiungere l'eccellenza dal punto di vista diagnostico e chirurgico

**DRY EYES - TARGETED TREATMENT AS A KEY TO SATISFIED PATIENTS - 'BEST ARGUMENT' DELL'ESCRS 2018**

## **SINDROME DELL'OCCHIO SECCO: Una condizione sempre più diffusa. L'OPTO MEDICA anche in questo campo offre le migliori soluzioni di diagnostica e trattamento a 360°**

### **DIAGNOSI:**



*I-Pen è l'unico strumento semplice, portatile ed estremamente economico in grado di fornire una misurazione quantitativa rapida e accurata dell'osmolarità delle lacrime umane nei pazienti con occhi normali e pazienti affetti da disturbo dell'occhio secco mediante l'analisi dei tessuti imbevuti di lacrime che vengono a contatto con il film lacrimale.*



*Inflamma Dry™ è l'unico test rapido e oggettivo che identifica livelli elevati di MMP-9, un "marker" infiammatorio che si trova in quantità elevata nelle lacrime di pazienti affetti da occhio secco.*

### **SOLUZIONI PALLIATIVE:**



**PUNCTUM  
PLUGS™**



**Maschere  
Riscaldanti  
EYE-GIENE™**



**Micro sonda  
di  
Maskin™**

### **SOLUZIONI CURATIVE:**

## **Il trattamento E-Eye**



*- Il dispositivo E-Eye a luce pulsata a treno di impulsi REGOLATI è l'unica tecnologia brevettata per uso oftalmico che permette di ristabilire lo strato lipidico ed acquoso della lacrima mediante stimolazione nervosa e termica. L'unica con studi clinici che hanno certificato un'efficacia sull'85% dei pazienti ed una durata nel tempo fino a 3 anni senza ripetere il trattamento. Tale durata può essere estesa con un ritrattamento annuale del paziente.*

*- Solo 3 minuti per sessione - Breve protocollo di trattamento: giorno 0 giorno 15 giorno 45*

*Per maggiori info: [www.optomedica.com](http://www.optomedica.com)*





Ciro Castagliola  
Direttore della Clinica Oculistica dell'Università del Molise

Pier Franco Marino  
Oculista - Università degli studi del Molise  
Asi Latina

## PROFILAZIONE DEL GLAUCOMA

## PAZIENTE A RISCHIO

**I**ntroduzione: il glaucoma è una patologia degenerativa del nervo ottico che interessa circa il 2,5% circa della popolazione italiana. Si tratta di una malattia con una bassa prevalenza e per anni si è ritenuto che la realizzazione di uno screening non fosse utile per motivazioni di carattere sia economico che tecnico, nonostante l'elevato impatto sociale (112 milioni di pazienti stimati dal w.h.a. nel 2040) e l'efficacia della prevenzione terziaria (terapia) nel ridurre le complicanze invalidanti.

Per screening si intende quell'insieme di attività diagnostiche rivolte a un'ampia quota della popolazione, per individuare precocemente la presenza della malattia in persone che non ne presentano ancora i sintomi. Identificare la patologia in una fase precoce permette possibilità di trattamento e quarigione (o comunque controllo) più elevate, per tali motivi, sia gli screening, sia le malattie da individuare e gli esami utilizzati, devono corrispondere a precise caratteristiche.

Un test di screening ideale dovrebbe essere: sicuro; accettabile; utile per cambiare il decorso della malattia; sostenibile economicamente; attendibile in termini di specificità e sensibilità.

Poiché il valore predittivo del test dipende dalla prevalenza della malattia, per poter aumentare al massimo le capacità di individuare la patologia, lo screening dovrebbe essere effettuato sulle popolazioni a rischio in quanto tra queste la prevalenza sarà maggiore rispetto a gruppi non selezionati.

Lo screening va inteso come un percorso diagnostico, fatto cioè non da un semplice esame ma da una combinazione degli stessi, da effettuare ad intervalli regolari, come ad esempio nel caso di quello per la retinopatia diabetica.

Nel 2013 l'apposita commissione "U.S. preventive services task force issues final recommendation statement: screening for glaucoma" istituita per valutare l'efficacia della campagna di screening "sight saver program methods for glaucoma screening" effettuata su 41.000 soggetti mediante somministrazione di questionario ed esecuzione di tonometria ed esame fdt, aveva così concluso i suoi lavori: "the task force found that there was not enough evidence to determine the accuracy and effectiveness of glaucoma screening in primary care settings for adults who do not have vision problems. Based on this lack of clear evidence, the task force: "... cannot make a recommendation for or against screening adults for glaucoma at this time". (Washington d.c. July 9, 2013)". Infatti, lo studio non aveva raggiunto i livelli di sensibilità (95%) e specificità (85%) previsti per un test di screening per la prevenzione della cecità negli USA, recentemente l'a.a.o. è ritornata sull'argomento affermando che lo screening effettuato sulla popolazione non selezionata non è così efficace, mentre lo diventa quando esso è effettuato su fasce selezionate di pazienti, in quanto il valore è direttamente proporzionale alla prevalenza e che non può essere basato sull'esecuzione di un singolo test.

La tonometria infatti, se si assume come cut off il valore di 21 mm hg, non può essere usata come test di screening in quanto la sensibilità per valori inferiori a 21 mm hg è <47,1% con una specificità del 92,4%. Inoltre gli studi di popolazione dimostrano che il 50% dei pazienti glaucomatosi ha un Iop < di 22 mm hg al momento dello screening, mentre molti ipertesi oculari non sviluppano il glaucoma.

Anche le misurazioni dei parametri del nervo ottico e dello strato delle fibre nervose retiniche effettuate con strumentazione high tech hanno evidenziato una modesta attività diagnostica quando impiegati negli screening di popolazione.

Infine, l'esame del campo visivo che rappresenta un test psicofisico con numerose variabili che riguardano sia il paziente che l'operatore, non rappresenta un esame proponibile come singolo test per lo screening del glaucoma nella popolazione. Per tutta questa serie di motivi è auspicabile l'adozione di una strategia di screening basata sull'uso mirato e sequenziale di più tests, facili da eseguire e poco costosi, da effettuarsi negli ambulatori oculistici di I livello, su fasce di popolazione che presentano uno o più fattori di rischio per lo sviluppo della patologia.

Dati provenienti da studi di popolazione, in cui la selezione del campione era casuale, e che sono stati effettuati principalmente su pazienti caucasici, dimostrano che i principali fattori di rischio per gli associati al glaucoma primario ad angolo aperto sono i seguenti: razza; età; familiarità; miopia; ipertono oculare;

spessore corneale; pressione di perfusione dell'ONH, i cui bassi valori sono stati significativamente associati alla prevalenza sia del glaucoma iperbarico che di quello normotensivo mentre fluttuazioni circadiane e a lungo termine della PPO hanno correlato con una peggiore prognosi funzionale della malattia.

La sede elettiva per la realizzazione dello screening sono gli ambulatori oculistici di primo livello, dove affluiscono i pazienti per patologie oculari varie. In questo contesto è possibile effettuare una ottima selezione del campione da sottoporre ad ulteriori esami di approfondimento, basandosi sui fattori di rischio che è possibile conoscere nel corso della visita oculistica.

I dati raccolti in questa fase vengono processati con un algoritmo, G.R.I.C.EV03, (Glaucoma Integrated Risk Calculator Evolution 3), che rappresenta una evoluzione del collaudato I.R.I., e che fornisce un valore numerico che permette di profilare il paziente in 3 fasce di rischio, customizzando, per ogni soggetto esaminato, un percorso diagnostico.

La strategia di screening elaborata si basa sull'uso di una app, scaricabile sul proprio cellulare, che analizza i vari fattori di rischio, opportunamente ponderati, della patologia glaucomatosa e fornisce un valore numerico (cut off 0,16) che permette l'articolazione della procedura in due fasi:

FASE A: prevede il calcolo del valore dell'I.R.I.

FASE B: prevede la costruzione di un percorso clinico customizzato per ciascun paziente sulla base del punteggio ottenuto.



Per standardizzare i criteri clinici di osservazione della area papillare e peripapillare, contestualizzandoli ad un ambiente di lavoro low tech, che prevede l'esecuzione dell'oftalmoscopia, abbiamo suddiviso gli elementi papillari nel seguente modo:

- Alterazioni maggiori dell'onh: asimmetria dell'escavazione papillare valutata con il VCDR; incisure del bordo papillare; emorragia papillare
- Alterazioni minori dell'onh: area di atrofia alfa peripapillare; area di atrofia beta dell'area peripapillare; distrofia gamma.

Sulla base di queste premesse

- alto: IRI > 0,16 e segni maggiori del n.o. - IRI < 0,16 e segni maggiori del n.o.
- medio: IRI > 0,16 e segni minori del n.o. - IRI < 0,16 e segni minori del n.o.
- basso: IRI > 0,16 e nessun segno del n.o. - IRI < 0,16 e nessun segno del n.o.

Un programma di screening così effettuato è sostenibile sia economicamente che per il tempo impiegato.

Condotta nell'ambito dell'attività di sanità pubblica risulta essere uno strumento efficace per ridurre le disuguaglianze di salute tra diversi gruppi sociali.

I dati impiegati per la valutazione del rischio sono: sicuri; accettabili; attendibili.

Come recentemente suggerito da CHAN e COLL. "with knowledge of both the distribution of IOP and the frequency of glaucoma, the authors determined that the diagnostic capability of IOP alone to detect glaucoma is poor", non esiste un test singolo in grado di distinguere sani e ammalati. La determinazione della IOP in questo senso è addirittura fuorviante. L'utilizzo di un algoritmo che mette insieme fattori di rischio e indici, se effettuato su una popolazione con maggiore prevalenza di malattia, risulta essere specifico, sensibile e riproducibile.



Alessandra Gallozzi

360°  
OFTALMOLOGIA



# EMILY, IL CONGRESSO DI PRIMAVERA NELLA GRANDE BELLEZZA ROMANA



**2** 015, una data storica per "360° in Oftalmologia news" quando, per farci conoscere al di fuori dei social, per seguire la nostra mission "dal Social al tangibile", quel mood che volgarmente viene chiamato "lavoro off line", scegliemmo la mossa più "glam" dei congressi italiani. "Aggiornamenti di Diagnostica e Terapia del Segmento Anteriore".

Storico e tradizionale appuntamento organizzato per vent'anni dagli amici dell' Optomedica, famosa azienda strumentale, capitanata da Renzo e Federico Lucidi, dove la loro assistente Patrizia Mecarelli riesce, oltre al suo lavoro, a fare da regista tra provider, Segreteria Scientifica e Organizzativa, Sponsor e invitati, con il risultato di coadiuvare la strabiliante ed elegante oculista di quella Roma, che si fa voler bene anche "fuori le mura", con ospiti da tutte le parti d'Italia, a portare, non solo la loro testimonianza scientifica nel campo del segmento anteriore, ma anche la loro amicizia. Perché Emilia Cantera, dagli amici chiamata solo ed esclusivamente "Emily", ha il garbo del sorriso sincero, che riesce a mettere tutti a proprio agio, invitando sponsor e colleghi nei salotti più glamour della Grande Bellezza romana. Circoli di Golf, Palazzi storici, Ville e location che altrimenti, nessuno di noi, nei suoi tour, sarebbe in grado di vedere. E chissà dove ci porterà il prossimo 12 aprile 2019...

Da 30 anni, nonostante 360 News sia una giovane realtà, il nostro staff "gira" tra gli oculisti, e ricordiamo con sincero affetto Italo Cantera, zio di Emily, re indiscusso della chirurgia refrattiva degli anni '90. Lo andavamo a trovare al Quisisana, o a Villa Claudia, o nel suo studio dei Parioli, quando dovevamo parlare di cose serie tra farmaci e automobili da corsa. Cercava sempre di scoprire, attraverso domande precise come una lama, i movimenti aziendali, gli organigrammi, e i caratteri dei manager che coprivano le cariche. Non si diventa grandi senza essere curiosi su ogni minimo aspetto dell'ambiente che ci circonda. Fu una lezione che ogni giorno mettiamo in campo, e i risultati di 360 sono evidentemente figli di quell'insegnamento. Ed Emily ha assorbito tutto di quell'uomo che, ne siamo convinti, da lassù guarda con ammirazione, orgoglio e fierezza il lavoro di sua nipote.

Ma torniamo al congresso di Emily: più di 450 iscrizioni per ogni appuntamento; relatori di altissimo livello e spessore che non menzioniamo per non dimenticarne nessuno; location storiche che ci fanno restare a bocca aperta nel centro di Roma, dove solitamente è difficile arrivare, dal raggiungimento al parcheggio, eppure, per magia, tutti alle 8:30 sono lì puntuali a vedere le foto dei congressi precedenti, e ad aprire i lavori di quello che è e sarà sempre "Il Congresso di Primavera".





# X CONGRESSO DI CARLO ORIONE

## FOTO PARLANTI, CON QUESTO PICCOLO RACCONTO

**C**arlo Orione, coadiuvato da Riccardo Sciacca, Mauro Fiofretto, Sergio Solarino e Mario Sotgiu, ci tiene a coinvolgere 360 per festeggiare il decimo anno del suo congresso "International Ophthalmic and Ophthalmoplastic Training Courses".

Non si smentisce mai per le sue location, ma questa di Forte Village è proprio bella tra vialetti, spa e piazzette dove ci si perde sempre nello stesso punto: il suo meeting.

Il successo di questo decimo appuntamento è rilevato dal maltempo che sottolinea proprio la riuscita del convegno, riempito in tutta la sala. Dove, anche negli aspetti ludici, firma inconfondibile di Carlo, con qualche goccia di pioggia, si continua a festeggiare la buona riuscita del congresso.

Il programma è folto, graziato dalla regia impeccabile dei "toc toc" sul microfono, puntuali come l'orologio che scorre sulle slide, tanto da poter dare la possibilità al nostro giornalista all'Avana di poter "chiudere" il pezzo nel pomeriggio di sabato. Personaggi nazionali e internazionali, accolti da una "regione



culla" dell'Oftalmologia italiana, con i suoi primati sul pubblico e sul privato da far invidia a molte altre regioni. Carlo da fuoco alle trombe partendo con un benvenuto/minaccia che dura quattro giorni, sala sempre piena e attenzione mas-





sima su temi che partono dalla chirurgia plastica, all'occhio secco, alle vie lacrimali, alla radiofrequenza, al ringiovanimento retinico e alla laservitreolisi. Un bellissimo momento, emozionante per chi ha seguito la carriera di Francesco

Quaranta Leoni, è stato vederlo assieme al suo Maestro Collin fare una visita in diretta davanti a un pubblico entusiasta, su una ptosi palpebrale di una signora "comparsa" dalla platea. Non è mancata una sessione sulla medicina estetica sapientemente gestita dalla SIOME, con un interesse e interruzioni di un pubblico improvvisamente a maggioranza femminile, dove non si capiva da dove partivano le domande per i pazienti, e dove arrivavano le risposte per se stesse. Non sono mancati i riferimenti alle nuove tecnologie, e giù a parlare e descrivere il capsulotomo più curioso del momento, segnalato 3 anni fa qui su 360 dal dott. Cimbalo, Zepto. Ingegneri sulla penetrazione delle onde di luce sui tessuti; cornee artificiali con varie biomeccaniche, dando la stura al tema del cross linking epi on ed epi off. L'importante ricerca che Carlo Orione, con i suoi colleghi Marshall e Mayeras stanno conducendo sulla Dry AMD e sulla RP.

Altra ricerca super sulla vitreolisi con Geller, tema di difficile "impatto" visto lo scetticismo degli anni passati causato da laser non idonei, dove autorevoli oculisti intuirono tale tecnica, oggi messa a punto efficacemente proprio da Geller e Orione.

E che dire dell'ISHO, nuova società formata da oculisti e ingegneri, che si prefigge l'obiettivo di studiare e sperimentare le nuove tecnologie strumentali, farmaceutiche e chirurgiche, che sono proposte sul mercato, discutendole con esperti in modo critico e costruttivo.



Da qui una relazione sull'omotossicologia che ha sollevato non poche questioni, anche di imbarazzo culturale.

E, sempre rimanendo in tema di nuove società: IDEA, un'Accademia che si propone di organizzare Master con i massimi esperti internazionali nella cura dell'occhio secco in modo da offrire la possibilità di essere sempre aggiornati sulle recenti nozioni cliniche e strategiche terapeutiche in accordo con l'educazione comportamentale e nutrizionale da consigliare ai pazienti.

Ma ogni sera, dopo interminabili passeggiate peripatetiche lungo i viali di Forte Village, si andava in "piazzetta", dove inevitabilmente, tra il bel canto di un gruppo musicale, che se chiudevano gli occhi pensavi di stare con Michael Jackson, piuttosto che con Gloria Gaynor, si formavano gruppetti, tavolini e agglomerati di oculisti, che invece di commentare la musica, ancora parlavano degli argomenti congressuali.

È un po' che seguiamo Carlo nei suoi convegni, ma questo, seguendo la caratteristica "ranking" di 360, è quello riuscito meglio in tutti i sensi. Nella logica del crescendo rossiniano, possiamo dire che Carlo Orione è il Gioacchino Rossini dell'Oftalmologia Italiana. Leggermente più pop però...

Ad Acì Castello dal 29 al 31 maggio 2019 per il prossimo International Ophthalmic and Ophthalmoplastic Training Courses\*!!!!





Cosimo Mazzotta



Miguel Rechichi



Marco Zagari



Silvio Zagari



Cosimo Mazzotta,  
Miguel Rechichi,  
Marco Zagari,  
Silvio Zagari

**PREMIO  
AICCR 2018**

# CHIRURGIA COMBINATA NO-TOUCH PER LA REGOLARIZZAZIONE DELLE ECTASIE CORNEALI: IL PROTOCOLLO STARE-X

## **I**ntroduzione

Il cheratocono (KC) è una patologia corneale caratterizzata dall'instabilità biomeccanica dello stroma corneale che porta ad una riduzione dello spessore corneale, ad aumento asimmetrico della curvatura corneale posteriore ed anteriore e conseguente perdita progressiva dell'acuità visiva a causa dell'astigmatismo corneale. Nei casi più avanzati l'unica soluzione rimane il trapianto. Molte tecniche sono state descritte per il trattamento del cheratocono, ma, da quando fu introdotto da ormai più di dieci anni, il crosslinking (CXL) corneale effettuato con riboflavina e raggi ultravioletti è diventato il trattamento d'elezione per il cheratocono evolutivo e per le ectasie corneali in genere<sup>1</sup>. L'obiettivo del cxd non è solo quello di rallentare o bloccare l'evoluzione della patologia (evitando o rallentando la necessità di un trapianto corneale) ma di indurre un irrigidimento della struttura corneale ed un appiattimento che porta talvolta anche ad un miglioramento dell'acuità visiva corretta. L'introduzione di nuove tecnologie e lo sviluppo dei nuovi protocolli di cxd accelerato ha migliorato la sicurezza e l'efficacia del trattamento ma i miglioramenti a medio-lungo termine nell'acuità visiva, nei parametri topografici ed aber-

rometrici rimangono variabili e poco prevedibili. Per questi motivi il cxd andrebbe effettuato idealmente nelle fasi iniziali o intermedie della patologia ovvero nel cheratocono evolutivo nella fase in cui il paziente ha ancora una buona acuità visiva anche con correzione a tempiale. Il problema nasce nella gestione delle patologie ectasiche nella fase intermedio-avanzata in cui la correzione a tempiale non permette un'adeguato visus dovuto all'astigmatismo irregolare e alle aberrazioni comatiche, maggiormente evidenti nei coniferici (apice oltre i 3 mm dal centro). L'applicazione delle lenti a contatto in queste cornee è spesso difficile e può causare formazione di cicatrici o infezioni. Per questo motivo dopo ampia revisione della letteratura<sup>2-12</sup> abbiamo sviluppato il protocollo Stare-X (acronimo per Selective-Transepithelial-Ablation for Regularization of Ectasia with simultaneous accelerated X-linking) per casi selezionati di cornee ectasiche in cui il paziente non raggiunge un'acuità visiva sufficiente con occhiale e lente a contatto (LAC). Il razionale è quello di "regolarizzare" la geometria corneale combinando un'ablazione topografica transepiteliale minimale con laser ad eccimeri ed irrigidire il nuovo profilo ottenuto mediante cxd accelerato<sup>13</sup>.



## Materiali e metodi

Per lo studio sono stati considerati 50 occhi di pazienti affetti da KC divisi in 2 gruppi: Gruppo 1 (G1) 25 occhi con un cono centrale (apice compreso entro 3 mm dal vertice corneale) e Gruppo 2 (G2) con cono periferico (oltre 3 mm). Il G2 G2 hanno statisticamente in visus inferiore ed un'aberrazione cRomatica superiore rispetto a G1.

I criteri di inclusione sono stati: Età > 21 anni, Ectasie fino allo stadio 3. I Criteri di esclusione sono stati: infezioni oculari, anamnesi positiva per herpes oculare o malattie autoimmuni oculari, presenza di cicatrici corneali. I parametri di trattamento del laser ad eccimeri utilizzato sono stati: ablazione massima di 50 micron stromali, letto stromale residuo maggiore di 350 micron, rimozione dell'epitelio con parametri di 55 micron al centro e 65 micron in periferia, protocollo di depth saving, zone ottiche non superiori a 6.5mm. Il cxl è stato eseguito con i seguenti parametri: 15 mw, 5.4 J, luce pulsata 2 secondi on, 1 off con soluzione di riboflavina dextranfree 0,1% isoosmolare. Studi precedenti hanno dimostrato per tale trattamento una demarcation line compresa tra 200 e 250 micron definendo sicuro il trattamento di cornee con uno spessore di almeno 350 micron. Un esempio tipico di trattamento è quello della **figura 1**: KC periferico ,visus preoperatorio di 4/10 con occhiale, apice di 49,56 D, intolleranza alla LAC semirigida. Dopo un followup di due anni si è osservato un netto miglioramento e centralizzazione della curvatura apicale (45.56) il visus corretto era di 10/10 ed il paziente riusciva a tollerare una lac morbida. I dati dei 2 gruppi (**figura 2**) hanno evidenziato un miglioramento significativo dei parametri di acuità visiva ed aberrometrici, in particolare il coma (**figura 3**). Statisticamente e' da sottolineare come il G2 abbia avuto un miglioramento rispetto al baseline maggiore rispetto al G1. Non abbiamo osservato complicazioni.

## Conclusioni

Lo stare X si è dimostrata una procedura efficace, in pazienti selezionati, nel trattamento delle patologie ectasiche in cui il paziente non raggiunge una qualità visiva sufficiente con occhiale e/o non riesce a tollerare la LAC. La procedura, essendo realmente non touch e' molto confortevole per il paziente. E' altrettanto interessante notare che, anche nei casi in cui la cornea sottile non permetteva di effettuare un'ablazione stromale, la semplice rimozione laser dell'epitelio crea un effetto di smoothing dell'apice dovuto al fatto che l'epitelio in questa zona è più sottile e pertanto vengono rimossi pochi micron di stroma focalmente migliorando in ogni caso la curvatura e massimizzando l'azione del cxl solo in questa zona. L'ulteriore evoluzione delle ablazioni transepiteliali con l'introduzione delle mappe epiteliali e delle tecniche di cxl accelerato in futuro ci permetterà di creare protocolli ancora più personalizzati per essere sempre più precisi migliorando la geometria corneale ottimizzando l'ablazione stromale.

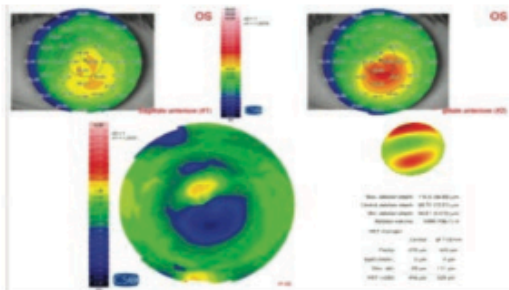


Fig. 1: Stare X risultati ad un anno (mappa differenziale in basso) e trattamento eseguito (in parentesi i valori di ablazione stromale).

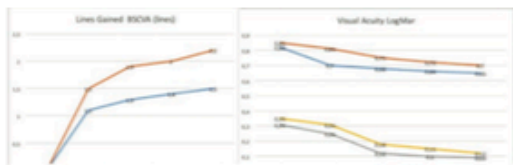


Fig. 2: Risultati a 2 anni Grafico a sinistra: linee di acuità visiva guadagnate. Grafico a destra: acuità visiva (logmar).

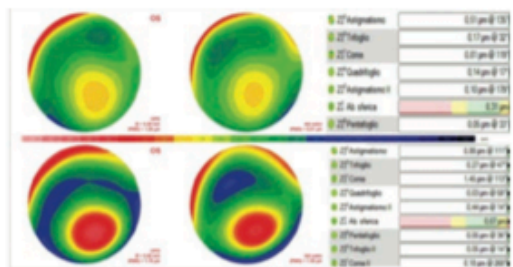


Figura 3. Aberrometria differenziale a 2 anni.

Fig. 3: Aberrometria differenziale a 2 anni.

Bibliografia disponibile su richiesta alla Redazione di 360°



# CREDITI FORMATIVI

## Per l'educazione medica continua in oftalmologia

**L**a formazione medica continua è un'esigenza fortemente sentita dagli oculisti poiché le conoscenze necessarie per lavorare mutano al passo veloce della farmacologia, della tecnologia dell'imaging, della microchirurgia e della robotica. Nel sito web dell'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS) si legge che fin dai tempi di Ippocrate i medici mantengono aggiornate conoscenze e abilità: educazione medica continua e sviluppo professionale sono tendenze innate che garantiscono la bontà della cura dei malati. È utile e talora necessario dimostrare il proprio aggiornamento professionale ed esibire crediti di educazione medica continua. Scopo di questo articolo è quello di affrontare alcuni temi inerenti i crediti formativi che vengono conferiti agli oculisti in quanto professionisti della sanità dai sistemi sanitari pubblici regionali e statali in Italia, i crediti ECM (fig. 1) e di confrontare l'offerta formativa inclusa in tale sistema con quella per specialisti in oftalmologia proveniente da organizzazioni culturali particolarmente prestigiose ma non capaci di conferire crediti validi e obbligatori per il sistema ECM italiano del Ministero della Salute e delle Regioni italiane. Il conferimento di crediti formativi che vige accanto al sistema dei voti nelle Scuole universitarie di

Medicina non sarà oggetto di questo articolo. Il sistema ECM per Ortottisti e la discussione sull'opportunità di ricominciare a costruire un sistema di aggiornamento sanitario per Optometristi saranno oggetto di un successivo articolo su "360°".

Ai congressi europei capita di ricevere attestati di frequenza e di conferimento di crediti CME. Numerose e accanite discussioni sul tema dell'importanza per il curriculum di uno specialista italiano di tali crediti sono state sviluppate nell'ultima quindicina di anni e ancora non si è giunti a nessun punto di equilibrio. Nei congressi internazionali si viene anche insigniti di crediti basati su sistemi statunitensi. La UEMS (Fig. 2) sta lavorando per creare omogeneità fra il sistema europeo e quello statunitense. L'istituzione rappresenta 1 milione e 600 mila medici europei suddivisi in 43 diverse specialità. In Austria e altre na-



Fig. 1: la Federazione Italiana degli Ordini dei Medici collabora con il Ministero della Salute nell'organizzazione di corsi validi per il sistema ECM

zioni, i crediti del sistema europeo CME vengono accettati come se fossero stati conferiti da un ministero nazionale. L'Italia in questo campo è stata sovranista e non ha organizzato né un metodo di conversione né un regolamento per inserire nel curriculum i crediti europei. Il valore dell'aggiornamento fatto nei congressi europei ed extraeuropei è giudicato sempre arbitrariamente.

Come si orienta un oculista che voglia non solo soddisfare la sua innata sete di cultura e di arricchimento nelle abilità professionali ma anche assicurarsi che tale aggiornamento venga considerato valido dai suoi più comuni interlocutori, le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie pubbliche e private e dai colleghi giudicanti la sua perizia nei casi di responsabilità professionale? Si adegua al numero minimo di crediti

richiesto dal sistema ECM italiano e poi spazia liberamente altrove se ne sente il desiderio. Eccome se ne sente il desiderio! Molti corsi residenziali e a distanza (Formazione da distanza, FAD, via web) sono noiosi. Lo sento dire da tanti giovani e lo provo talora anche io. Nulla vieta di "sprovincializzarci" studiando le nostre materie ai più bei congressi internazionali e sulle piattaforme elettroniche di aggiornamento di Medscape o Coursera, quasi sempre gratuite, o leggendo in cartaceo e on line gli articoli integrali delle costose riviste ad elevato impact factor, ma un po' di tempo va dedicato regolarmente all'offerta formativa autoctona regionale ed italiana. Questo ci permetterà non solo di accontentare i responsabili amministrativi ma anche di avvicinarci alla posizione di docenti nei corsi di aggiornamento man mano che accumuliamo le nostre esperienze professionali con uno scambio di saperi fruttuoso per medici e pazienti.

Fra i numerosi fogli che si riempiono per l'ECM, esiste il foglio del gradimento. Questo strumento va usato senza ipocrisia ed è fonte di idee per migliorare il sistema. I corsi FAD sono spesso impegnativi e divertenti ma qualche volta consistono nella lettura di un lunghissimo testo in pdf ed in domande capziose. Qualche volta si partecipa a un evento scientifico eccitante, un vero congresso e si viene omaggiati con una piccola password per un corso FAD. Il corso FAD in oggetto spesso somiglia pochissimo all'evento residenziale frequentato e questo è deludente. Sta a tutti noi specialisti indirizzare il sistema ECM verso il meglio. Sta agli Ordini dei Medici e alle Società Scientifiche nazionali e ai Provider ECM accreditati, partecipare al processo di miglioramento qualitativo e di omogeneizzazione dei riconoscimenti che la UEMS già svolge come suo compito istituzionale.



Fig. 2: L'Unione Europea dei Medici Specialisti lavora per uniformare la qualità e i criteri per la validità del conferimento dei crediti.



Chanda Cavallini  
Servizio di Neuroftalmologia  
CRV Presidio Oftalmico di Torino

Alessandro De Masi  
Poliambulatorio DSC  
Centro Oculistico Bolognese

360°  
OFTALMOLOGIA



# FRATTURE ORBITARIE

**U**na frattura orbitaria provoca la perdita della simmetrica interazione tra i muscoli extraoculari ed il bulbo oculare e, di conseguenza, l'alterazione dei normali meccanismi d'azione dei muscoli oculari. Essi, infatti, a seconda della sede della lesione, possono essere sottoposti ad un doppio trauma: quello derivante dall'impatto che ha procurato la frattura, e quello dell'eventuale intervento chirurgico risolutivo.

Da qui nasce la necessità di un'accurata valutazione ortottica, subito dopo il trauma, se le condizioni cliniche del paziente lo permettono, e un corretto follow-up del paziente, in modo da identificarne i sintomi che spesso compaiono anche a distanza di molti mesi, e il conseguente trattamento. A questo proposito, oltre alla valutazione nel post-trauma, sono indicati controlli ad uno, tre e sei mesi. Secondo una classificazione clinica-strutturale da parte del AOCMF Classification Group, le fratture orbitarie possono essere comprese in quattro gruppi principali: fratture orbito-zigomatiche (OMZ), se l'impatto

avviene a livello dell'osso zigomatico, fratture naso-orbitotrmoidali (NOE), se il trauma è diretto centralmente sul terzo medio facciale, fratture orbitali interne (blow-out, blow-in) (Fig. 1), se sono coinvolte solo le pareti e non il contorno orbitario, e fratture orbitarie combinate, se l'intero scheletro orbitale è coinvolto.

Il punto di partenza di

un'attenta valutazione ortottica è sicuramente un'accurata raccolta dei dati anamnestici del paziente, in modo da orientare la diagnosi sulla base della dinamica, intensità e punto di contatto delle forze che hanno agito determinando il trauma, nonostante le odierne tecniche di diagnostica per immagini aiutino e facilitino notevolmente in questo compito. Risulta essere fondamentale anche per confrontare rapidamente la situazione oculare del paziente prima e dopo il trauma.

Il corretto e completo approccio diagnostico ai traumi orbitari deve certamente comprendere un accurato esame della funzionalità muscolare, attraverso una valutazione ortottica che miri a rappresentare la condizione oculare del paziente, sul piano motorio e sensoriale, anzitutto per evidenziare o escludere un'incarceramento muscolare. Quindi, oltre alla normale visita ortottica, comprensiva di esame dell'acuità visiva, studio della motilità oculare, valutazione della stereopsi, cover-uncover test, test del vetro rosso ed eventualmente esame del campo visivo, è molto importante l'esecuzione di uno schermo di Hess ed effettuare un campo binoculare di diplopia. Per quanto riguarda lo schermo di Hess è fondamentale anche la valutazione dell'Hess Area Ratio (Fig. 2), in quanto permette di ottenere un valore percentuale corrispondente all'ampiezza dello schema di Hess, in modo da valutarne l'evoluzione nel tempo. Allo stesso modo, attraverso il campo di diplopia possiamo valutare visivamente e monitorare nei successivi controlli l'ampiezza dell'area di percezione doppia, ad esempio aiutandosi con la valutazione della percentuale di invalidità che l'area di diplopia comporta. (Fig. 3)

Inoltre ad un mese dall'intervento o dal trauma, sarebbe indicato valutare anche il punto prossimo di convergenza, il punto prossimo di accomodazione e le ampiezze fusionali, importanti es-



Fig. 1: Frattura blow-out, con incarceration retto inferiore sinistro e diplopia in tutte le posizioni di sguardo.



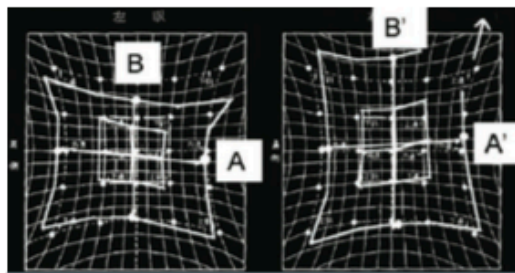


Fig. 2: Frattura blow-out, con incarceration retto inferiore sinistro e diplopia in tutte le posizioni di sguardo.

senzialmente per orientarci sulla necessità di intraprendere un programma riabilitativo e di conseguenza avere dei parametri di confronto post-riabilitazione.

Dal punto di vista ortottico la diplopia è uno dei principali sintomi che si possono riscontrare nell'immediato post-trauma e che può residuare nonostante l'intervento chirurgico di riduzione e sintesi della frattura orbitaria.



Fig. 3: Campo di diplopia e percentuale di invalidità

Le cause di diplopia residua sono molteplici e spesso dipendenti da: grado di infiammazione, tempi chirurgici, necessità di innesti ossei, traumi alla muscolatura extraoculare, al grasso orbitario e ai nervi oculomotori.

Da questo punto di vista la terapia prismatica standard risulta sempre la più indicata, ma spesso la diplopia, soprattutto quella post-intervento risulta essere limitata a particolari posizioni di sguardo, che, a seconda delle esigenze visive del paziente, quotidiane e lavorative, può essere allo stesso modo limitante e non tollerabile.

Una soluzione che si propone è l'utilizzo di prismi press-on posizionati settorialmente nel campo di sguardo in cui è presente la diplopia (Fig.4); ciò è possibile, in quanto, solitamente, il paziente necessita di una lieve compensazione prismatica. Come concordato con i chirurghi maxillo-facciali il trattamento avverrebbe solo in presenza di questi sintomi, riscontrati a 3 mesi dal trauma, e nel caso di mancata risoluzione spontanea a 6 mesi, si provvederà alla prescrizione di lenti prismatiche settoriali.

Altri sintomi di frequente riscontro da un punto di vista visivo-ortottico, possono essere: affaticamento oculare, cefalea, annebbiamento visivo, dolori bulbari, bruciore, lacrimazione, fotofobia, sdoppiamento o accavallamento delle lettere durante la lettura per vicino e sensazione di pesantezza e tensione oculare, che potremo indicare come disturbi astenopeici.



Fig. 4: Applicazione prismi press-on a settore

La presenza di questi sintomi non è direttamente indicativa della presenza di un'anomalia della visione binoculare. Nonostante ciò in presenza di una sintomatologia fastidiosa e del riscontro di specifiche alterazioni durante la valutazione del punto prossimo di convergenza, del punto prossimo di accomodazione, e delle ampiezze fusionali, si può fare diagnosi di insufficienza di convergenza o accomodativa e quindi intervenire con un adeguato trattamento ortottico.

In presenza di un'insufficienza di convergenza, verrà attuato un programma riabilitativo completo di esercizi ortottici di convergenza e di ampliamento ed armonizzazione dei movimenti fusionali. Se invece si è di fronte ad un'insufficienza accomodativa, derivante da un eccessivo PPA e una scarsa ampiezza accomodativa, secondo i valori normativi forniti da Duane, allora si potrà procedere con la modifica o la prescrizione di una esatta correzione ottica.

#### REFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alhamedani F, Durham J, Greenwood M, Carbett L. Diplopia and ocular motility in orbital blow-out fractures: 10-year retrospective study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2015; 43:7: 1010-1016.
- Bagolini B, Zanoni M. Strabologia. Diagnosi e terapia dello strabismo e del miotropia. Vertice, 2006.
- Ceylan GM, Uysal Y, Mutlu FM, Tuncer K, Altınsoy H. Management of diplopia in patients with blowout fractures. *Indian J Ophthalmol*. 2011 Nov-Dec;59(6):661-4.
- El Mansour Y, Kadiri FH, Saleh A, Laouissi N, Zaghloul K, Idriess Cheikrouy A, Benchaoune Y, Amraoui A. The scalometer effects of the fractures of the floor of the orbit. *J Fr Ophthalmol*. 2000 May;23(5):445-8.
- Fenton A, T, Ditrani M, Georgievsky L, Coote M, A., Vansantopis J. Diplopia in patients with orbital fractures, 9th Meeting of the International Strabismic Association, Rotterdam, 2003, 279-282.
- Galloway M, Scheinman M, Mitchell GL. Vision Therapy for Post-Concussion Vision Disorders. *Optom Vis Sci*. 2016 Aug 8
- Gonzalez MQ, Durainq JVD. Indirect orbital floor fractures: A meta-analysis. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2010;17:138-41
- Gosau M, Schönlein M, Draenert F. G., Eitl T., Driemel O., Reichert T. E., Retrospective analysis of orbital floor fracture complications, outcome, and review of literature. *Clinical Oral Investigations* June 2011, Volume 15, Issue 3, pp 305-313.
- Grenga PI, Reale G, Cofane C, Mezzani A, Corati P, Grenga R. Hess area ratio and diplopia: evaluation of 30 patients undergoing surgical repair for orbital blow-out fracture. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2009 Mar-Apr;25(2):123-5.
- Gunton KB, Bowen A. Prism use in adult diplopia. *Curr Opin Ophthalmol*. 2012 Sep;23(5):400-4.
- Horan LA, Ticho RH, Khannamur AJ, Allen MS, Shah BA. Is the Convergence Insufficiency Symptom Survey Specific for Convergence Insufficiency? A Prospective, Randomized Study. *Am Orthopt J*. 2015;65:99-103
- Jim HR, Lee HS, Yoon JY, Suh MW. Residual diplopia after repair of pure orbital blowout fractures: The importance of extraocular muscle injury. *Ann J Rhinol*. 2007;21:276-80.
- Künz C, Audigé L, Gamaleski C P et al. The comprehensive ADOWF classification system: orbital fractures - level 3 tutorial. *Craniofacial Trauma Reconstr*. 2014;7:01:592-5102.
- Loba PI, Nowakowska G, Marczyk W, Szekalska K, Bronkarczyk J. Diplopia as a factor influencing occupational and social activities of people after orbital trauma. *Loth A. Med Pr*. 2012;63(5):541-6.
- Scheinman MM, Takayan H, Mitchell GL, Alvarez TL. Objective Assessment of Vergence after Treatment of Concussion-Related Ocular Palsy Study. *Optom Vis Sci*. 2016 Jul 23.
- Shin JW, Lim JS, Yoo G, Byeon JH. An analysis of pure blowout fractures and associated ocular symptoms. *J Craniofac Surg*. 2013 May;24(3):203-7.
- Tucci F, Tucci F. *Oftalmologia legale*. SH, Lavagnino, 1997.
- von Noorden GK., Campos LC. *Binocular Vision and Ocular Motility: Theory and Management of Strabismus*, 6th edition, Mosby, 2002.
- Wojno TH. The incidence of extraocular muscle and cranial nerve palsy in orbital floor blow-out fractures. *Ophthalmology*. 1987;94:682-7.





# EmOftal

Per il trattamento delle  
**emorragie** e della **protezione  
capillare** in oftalmologia

LINEA OFTAL  
[www.360oftal.com](http://www.360oftal.com)





# COME OTTIMIZZARE L'INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

**V**engono descritte alcune tecniche chirurgiche e parachirurgiche associabili agli interventi di blefaroplastica estetica, allo scopo di migliorarne il risultato.

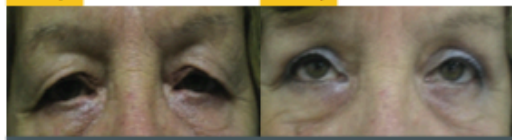
## Tecniche Chirurgiche

Il **Brow-lift trans-palpebrale** è efficace quando una caduta del sopracciglio si accompagna o determina un aumento della dermatocalasi palpebrale. Viene eseguito senza praticare ulteriori tagli della cute, attraverso l'apertura eseguita per la blefaroplastica superiore e suturando il derma sottocutaneo della coda, o del corpo del sopracciglio, al periosio dell'arco orbitario con suture fini non riassorbibili.<sup>(1)</sup>

La procedura descritta consente il vantaggio dell'assenza di esiti cicatriziali in regione pre-frontale ma, per contro, non consente un eccessivo sollevamento della coda del sopracciglio come nel Lifting diretto trans-cutaneo.<sup>(2)</sup>

Pre-Op

Post-Op



*blefaroplastica superiore associata a brow-lift interno trans palpebrale*

## Correzione della Ptosi palpebrale in corso di blefaroplastica.

Il riconoscimento preoperatorio di una ptosi è essenziale per il buon esito dell'intervento.

Il tipo di ptosi palpebrale deve essere correttamente identificato in modo da poter programmare la più adatta correzione intraoperatoria, ed evitare complicanze.

Un'importante parte della valutazione preoperatoria del paziente che si deve sottoporre a blefaroplastica cosmetica è rappresentata

da un accurato esame della posizione della palpebra superiore che consenta di identificare un'eventuale ptosi, che potrebbe altrimenti rivelarsi solo in seguito alla rimozione della cute eccedente.<sup>(3)</sup> In bibliografia sono descritte differenti tecniche di correzione della ptosi in corso di blefaroplastica, che differiscono a seconda della natura della ptosi.<sup>(4)</sup>

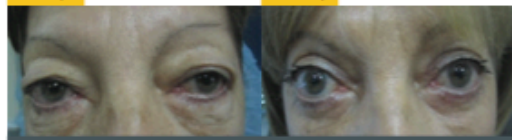
Le più comuni sono:

- *avanzamento dell'aponeurosi dell'elevatore*: tecnica facilmente realizzabile contestualmente alla blefaroplastica superiore, attraverso l'incisione cutanea anteriore, applicando una o due punti di sutura tra tarso e aponeurosi, previa apertura del septum orbitae.
- *resezione dell'elevatore*
- *resezione del m. di Muller e del tarso* (Fasanella-Servat) che viene eseguita per via congiuntivale, in ptosi minime con buona funzione dell'elevatore.<sup>(5)</sup>

La prima procedura è di solito impiegata nei soggetti in età avanzata e comporta l'apertura del setto orbitario. Quest'ultimo è bene non chiuderlo alla fine della correzione della ptosi per prevenire la compartimentalizzazione di un ematoma nello spazio retrosettale, e per consentirne la fuoriuscita verso le strutture palpebrali superficiali, evitando inoltre la fibrosi delle strutture retrosettali profonde. Tripton nel suo trial clinico non ha riscontrato differenze nel risultato finale chiudendo o non chiudendo con suture il setto e l'orbicolare.<sup>(6)</sup>

Pre-Op

Post-Op



*blefaroplastica superiore e inferiore con correzione della ptosi mediante riaggancio aponeurotico*



### Cantoplastica esterna

Viene impiegata nei casi di lassità orizzontale della palpebra inferiore, consente di prevenire l'ectropion o lo scleral show in seguito a intervento di correzione delle borse palpebrali per via cutanea.

Le differenti tecniche di sospensione cantale, dal Lateral canthal sling descritto da Tenzel nel '69 per la correzione dell'ectropion inferiore<sup>(7)</sup>, il Tarsal strip (Anderson '79)<sup>(8)</sup>, alle varianti successive, prevedono il riaggancio del tarso, del legamento cantale esterno o addirittura di parte del m. orbicolare direttamente al peristio orbitario a livello dell'attacco del legamento stesso, o immediatamente al di sopra.

Con questa procedura possiamo ottenere anche un innalzamento più o meno marcato, ma non eccessivo, del canto esterno migliorando l'estetica dello sguardo.

Un accurato accostamento dei margini palpebrali evita la sovrapposizione delle palpebre al canto esterno.

La **blefaroplastica "mini-pinch"** è una procedura semplificata di blefaroplastica inferiore, che non prevede l'apertura del septum orbitale, ma solo un'asportazione muscolo-cutanea superficiale di lieve entità.

Le indicazioni elettive sono nei casi in cui sia presente un maggiore eccesso cutaneo, in presenza di un'ipertrofia dell'orbicolare pretarsale o presettale, per correggere una scarsa rimozione di cute in una precedente blefaroplastica. La tecnica descritta è praticabile a sé o associabile a lipectomia trans-congiuntivale e alla blefaroplastica superiore, qualora si voglia minimizzare il trauma chirurgico.

I vantaggi sono la rapidità di esecuzione, la gestione ambulatoriale, l'assenza di retrazioni orbitali e settali, l'assenza di lesioni dei retrattori e di emorragie orbitarie.<sup>(9)</sup>



blefaro inferiore transcutanea (borse e festoni) senza sutura

### Blefaroplastica transcutanea senza sutura (colla biologica)

La tecnica prevede l'impiego di colla biologica (2-Octyl-cianoacrilato) lungo i margini della ferita chirurgica, previa asportazione del grasso orbitario e dell'eccesso cutaneo palpebrale, senza applicazione di suture chirurgiche.

Sui lembi affrontati vengono poi applicati steril strip per 2 giorni. Nei casi trattati si è osservato buon collabimento dei margini, assenza di dolore o fastidio nel postoperatorio, con scarsa visibilità delle cicatrici.

### Trasposizione del grasso orbitario

Si tratta del riposizionamento anatomico del grasso orbitario,

anziché la sua asportazione in corso di blefaroplastica inferiore, per correggere casi in cui sia presente un infossamento eccessivo del contorno perioculare (le "occhiaie") o quando un precedente intervento lo abbia depauperato o creato asimmetrie di riempimento orbito-palpebrale, per creare un passaggio più dolce del profilo del viso dalla regione palpebrale alla convessità zigomatica.

La tecnica più semplice prevede una plicatura della parete anteriore del setto per provocare il riposizionamento del grasso all'interno dell'orbita, previa incisione cutanea.<sup>(10)</sup>

Una manovra leggermente più complessa consente lo "scivolamento" del grasso orbitario al di sopra del bordo osseo dell'orbita. Questa tecnica (fat sliding blepharoplasty) consente di correggere le borse palpebrali utilizzando il grasso sporgente per l'addolcimento del contorno orbitario.<sup>(11)</sup>

Un'ultima variazione prevede il ribaltamento della parte superiore del setto (più spessa della porzione inferiore), e la successiva plicatura della sua porzione inferiore. Il risultato è un migliore riempimento del contorno della regione orbitaria, con un maggiore svuotamento della porzione superiore delle borse palpebrali (arcus marginalis release).<sup>(12)</sup>

L'impiego di queste tecniche di blefaroplastica dette "conservative" si va diffondendo sempre più, e il riposizionamento del grasso nei soggetti giovani con meno di 50 anni, viene preferito alla sua escissione. Una recente variazione di questa metodica prevede la centrifugazione di grasso asportato in altra sede e riapplicato dopo centrifugazione mediante iniezioni riempitive sottocutanee periorbitali (Lipofilling).

## Tecniche Parachirurgiche

### PRP e Cellule Staminali.

PRP consiste in una piccola quantità di Plasma arricchito in Piastrine, ottenuto dal sangue stesso del paziente, e contenente un gran numero di Fattori di Crescita cellulari che posseggono un effetto rigenerante sul tessuto cutaneo che ha subito un danno chirurgico, stimolando inoltre la migrazione di Cellule Staminali mesenchimali.<sup>(13)</sup>

La preparazione di PRP risulta rapida e agevole. Il sangue, prelevato prima dell'intervento, viene raccolto in un speciale provetta da 10cc, centrifugato a 3000c/sec per 5min, ottenendo un'effettiva separazione dei leucociti dagli eritrociti grazie a un Selector Gel inserito nella provetta. Solo il PRP viene aspirato in una siringa contenente un Activator Gel (Cloruro di Ca), pronto per essere iniettato. Il PRP iniettato intraoperatoriamente in corso di blefaroplastica, grazie al contenuto in piastrine e Fattori di crescita, incrementa i processi di rigenerazione e ricostruzione tessutale, supporta l'angiogenesi creando neovasi (VGF), attiva e richiama le Cellule Staminali mesenchimali, stimola i fibroblasti a creare nuovo collagene e, grazie alla presenza di Leucociti, riduce i processi infiammatori.

I risultati osservati dopo iniezione e applicazione intraoperatoria di PRP sono:

- veloce emostasi intraoperatoria con scarso ematoma ed edema postchirurgico;
- scarsa presenza di eritema dei lembi suturati;
- rapida riepitelizzazione e cicatrizzazione cutanea.

Poiché i componenti del PRP sono omologhi quindi totalmente biocompatibili, il rischio di reazioni immunologiche è eliminato, ma bisogna considerare che l'impiego di emoderivati non è consentito in Italia senza supervisione e controllo da parte di un Centro Trasfusionale, previa autorizzazione e abilitazione della struttura e dell'equipe che pratica tale procedura.

Pre-Op

Post-Op a 7 giorni



correzione di dermatocalasi asimmetrica con applicazione di prp intraoperatoria

### Resurfacing cutaneo perioculare con Laser Erbio.

Nel corso degli ultimi anni sono state studiate e progettate nuove apparecchiature Laser con la finalità di ridurre al minimo i danni termici per diffusione e la possibilità di ottenere quella precisa fotoablazione cutanea, che è il requisito essenziale per ottenere uno skin resurfacing ottimale. La lunghezza d'onda di 2940nm (vicino agli infrarossi) del Laser Er:Yag (Yttrio-Alluminio-Granato) presenta il massimo coefficiente di assorbimento nell'acqua, 13 volte superiore a quello del Laser CO<sub>2</sub>. In tal modo un sottile strato di tessuto assorbe l'energia fornita molto più rapidamente di quanto avvenga con il CO<sub>2</sub>. L'energia fornita viene così assorbita completamente e trasformata in calore che porta ad ebollizione l'acqua intra ed extracellulare, con esplosione delle cellule, e immediata ablazione del tessuto. La vaporizzazione del tessuto non si accompagna a carbonizzazione e l'energia non si irradia nella cute producendo danni termici oltre la zona bersaglio. Il laser Er:Yag può quindi essere considerato uno strumento di pura ablazione o vaporizzazione. Questa caratteristica determina numerosi vantaggi nell'esecuzione dello skin resurfacing di tessuti periorculari immediatamente sottoposti a trauma chirurgico.

Il laser Erbio consente di effettuare trattamenti senza praticare anestesia per infiltrazione, ma solo anestetici topici. Infatti l'epidermide può venire rimossa in modo indolore, poiché in questa zona non sono presenti terminazioni nervose, e viene generato un calore insufficiente a stimolare i nervi della derma papillare. Vaporizzando uno strato di cute sottile si provoca un lieve danno termico per ciascun passaggio sulla zona da trattare; l'eritema e l'edema generati sono di minima entità e non determinano un aumento di quelli generati dalla blefaroplastica. Gli effetti collaterali quali ipopigmentazioni, cicatrici, eritema di lunga durata e cicatrizzazione lenta, dipendono dalla profondità del trattamento, quindi si riducono impiegando un laser che non produce danni termici oltre la zona bersaglio. Per la sua capacità di consentire spessori di ablazione molto limitati, è indicato nella regione perioculare che presenta cute molto sottile, e risulta eccellente per graduare la profondità del resurfacing delle pieghe palpebrali limitrofe alle incisioni chirurgiche della blefaroplastica, migliorandone il risultato estetico finale senza prolungare il decorso postoperatorio. La procedura, impiegata da 1 a 3 mesi dopo l'intervento, migliora l'aspetto cutaneo e quello delle cicatrici, qualora fossero visibili. Il resurfacing rinnova la cute perioculare, rendendola più liscia, meno rugosa con effetto lifting per una retrazione dei piani sottocutanei.<sup>(14)</sup>

### Radiofrequenza mono e bipolare Eye Therm

La Radiofrequenza utilizza onde elettromagnetiche con frequenze da 1MHz a decine di milioni di Hz. Agisce in maniera non invasiva, a diverse profondità, modificando le strutture bersaglio impiegando un applicatore monopolare o bipolare che consente alla radiofrequenza di penetrare perpendicolarmente nel derma attraversando i setti fibrosi dell'ipoderma fino a raggiungere la fascia muscolare. Questa tecnica presenta un effetto simil Laser frazionale, sfruttando la possibilità di suddividere l'onda elettromagnetica in Microcolonne che determinano zone di microdanno termico senza coinvolgere i tessuti circostanti. Il trattamento libera un calore che si sviluppa tra 3 e 9mm di pro-

360°  
TECNOLOGIA

fondità con un riscaldamento omogeneo fino a 60°C provocando denaturazione delle fibre collagene e una aumentata permeabilità e porosità delle cellule (elettroporazione), con un effetto a breve termine di resurfacing per la contrazione immediata delle fibre collagene e conseguente riorganizzazione delle linee di tensione.

### Impiego clinico dell'Ozono in garza

L'Ozono è un composto chimico presente in natura come uno dei più importanti gas nella stratosfera, e viene impiegato da alcuni anni in medicina, in diversi campi, per la sua attività antisettica, antiodorifica e allo stesso tempo riparativa, anche nei casi complessi. L'ozono in passato impiegato nella regione perioculare mediante insufflazione non dava risultati apprezzabili per la sua breve emivita e instabilità. Per tali motivi oggi disponiamo di oli vegetali ozonizzati veicolati da liposomi (microsfere di fosfolipidi) che mantengono stabilità e consentono una conservazione nel tempo. Ai pazienti viene praticata in fase preoperatoria un'accurata disinfezione mediante garze con lipidi ozonizzati come unico presidio. Nel postoperatorio viene prescritta, come terapia al domicilio, una medicazione con le medesime garze tre volte al giorno per due settimane o almeno fino all'asportazione delle suture come unica terapia. Nei casi esaminati si è evidenziata un'assenza di complicanze infiammatorie, scarso edema e dolore postchirurgico con regolare cicatrizzazione senza ritardi. In presenza di un maggiore ematoma intraoperatorio, si applicano le stesse garze ma tenute in frigorifero. L'impiego delle garze con lipidi ozonizzati dimostra quindi ottima efficacia nel controllo dell'asepsi pre e intraoperatoria, e consente di ottimizzare il decorso operatorio in corso di chirurgia palpebrale per la dimostrata azione antimicrobica e stimolante la riparazione tissutale, sostituendo le terapie farmacologiche.<sup>(15)</sup>

Pre-Op

Post-Op (48 ore)



blefaroplastica superiore trattata con garze ozonizzate

#### REFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bowman CB, "Lanternbaum M. McFar in natura come uno dei più grandi CO<sub>2</sub> Internal brow lift: browplasty and browery" *Cosmetic Oculoplastic Surg.* II Ed. 140-152, 1993
- Aimino G, Francese L, "Laser brow lift: trattamento chirurgico della ptosi sopracciliare" *Oftalmologia Ed. Famiglia*, n. 6, Oftalmoplastica, 50-52, 2001
- Wolfart F.G., Kunter W.R. "To blefaroplastico esterior" *Med. Boario Ed.* 1996
- Lesne C.R. "Management of the blepharoplasty patients with ptosis" *Ophthalm. Surg.* 19:512-521, 1988
- Rasanello R.M., Servat J. "Lectator resection for minimal ptosis: another simplified operation" *Arch. Ophthalmol.* 65, 499, 1961
- Tipton J.B. "Shoulder incision in the orbital septum be sutured in blepharoplasty?" *Plast. Reconstr. Surg.* 49, 613-615, 1972.
- Tenzel R.R. "Treatment of hyperblepharidosis of the lower lid" *Arch. Ophthalmol.* 81, 306, 1949
- Anderson R.L., Gorry D.D. "The tarsal strip procedure" *Arch. Ophthalmol.* 97, 2192, 1979
- Misi-ginich
- Huang T. "Reduction of lower palpebral bulge by plating attenuated orbital septa: a technical modification in cosmetic blepharoplasty" *Plast. Reconstr. Surg.* 105(7), 2552, 2000
- Mendelsohn B.C. "Fat preservation technique of lower lid blepharoplasty" *Aesthetic Surg. Journ* 21(5), 490, 2001
- Harris S.T. "Arcus marginalis release and orbital fat preservation in midface rejuvenation" *Plast. Reconstr. Surg.* 96, 354, 1995
- Rimino G., Francese L., Galdo C., Migliardi R. "Platizer Rich Plasma (PRP) in eyelid surgery. Preliminary observational study" *Acta Otorinolaring.* 253, Gennaio 2011
- Aimino G. "Ruolo del Laser ad Erbio negli inestetismi della regione orbito-palpebrale" *Oftalmologia, Ed. Famiglia, Oftalmoplastica*, 1-4, 2002.
- I. Zanardi coll "Ozone: a small but powerful molecule with unexpected therapeutic activity" *Current Medical Oncology*, 23, 304-314, 2016

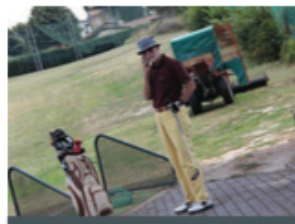
360°  
STABILIZZAZIONE

Stefania Salvati

# UV OFTAL GOLF CUP



**I**n una giornata di luglio, calda e assolata, ma rinfrescata dalle colline dei Castelli Romani, si è svolta la prima tappa dell'UV Oftal Golf Cup a Castelgandolfo, in uno dei circoli più esclusivi d'Italia. Il Golf Club Castelgandolfo offre uno scenario unico, una club house del 1600 e 18 buche in un cratere vulcanico. Il Club è presieduto dalla dott.ssa Maria Cecilia Fiorucci e annovera nel Consiglio Direttivo il dott. Salvatore Santamaria e tra i soci storici il Dott. Augusto Carones, due oculisti i quali, da quelle mani chirurgiche che non diresti mai, tirano delle vere e proprie "fucilate", riconosci-



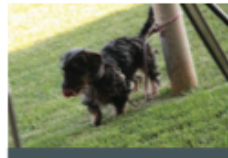
ficabili da quel suono fendente e stoccante su quella pallina che ancora non capisco come si faccia a seguire con gli occhi. UV Oftal Golf Cup, 9 buche Stableford, un titolo scelto grazie allo sponsor, che mira ad arrivare a diventare "la Red Bull degli occhi" creando un team di atleti di ogni disciplina sportiva, estrema e non, che abbia a che fare non solo con l'aria aperta ma con il sole, dove l'UV Oftal collirio, con la sua indicazione anti foto-ossidante, proteggerà gli occhi dai danni fotossidativi di tutti gli individui che si espongono a fonti naturali o artificiali.

Parte il suono inconfondibile della sirena dell'inizio della gara, organizzata nei dettagli dalla direttrice del Circolo Sig.ra Moira Pacchiarotti e dal suo staff, in fila ad uno ad uno, i partecipanti, circa cinquanta golfisti, cominciano a stoccare quei fendenti che portano le palline a velocità assurde, che quando lo racconti nessuno ci crede. Una pallina da golf mediamente è portata a oltre 300 km/h... Nella categoria speciale medici si assiste ad un testa a testa affascinante



tra Salvo Santamaria e Augusto Carones, i due oculisti, sotto un sole cocente, nella parte più bassa di quel campo, seguendo il "percorso" tra fairway e rough, sudano le sette camicie che porteranno il dott. Santamaria ad una vittoria solo all'ultima buca. Una vittoria che continua a far sorridere il buon Carones, elegante golfista. Ma Salvo Santamaria è un giocatore tosto e determinato come lo è nella vita. Arrivato da una bellissima Sicilia, si è saputo integrare appieno nel difficile ambiente romano. Un nostro amico dal primo minuto del suo arrivo.

Dipanato l'imbarazzo di una vittoria sul suo amico collega, tirata in alto la Coppa, ci affacciamo tutti sul terrazzo verde più bello dei "Castelli" dove ci accoglie la relazione sui "danni fotobiologici dell'occhio", sapientemente "raccontata" dal Dott. Pier Franco Marino, che, come è solito fare, riesce ad attirare l'attenzione di tutti,



giocatori e oculisti, su questo antico ma sempre più moderno tema dello stress fotossidativo che l'occhio subisce sempre più. Un tramonto bellissimo che si adagia su quei colli, la frescura della sera mossa dal tipico Ponentino, un rinfresco meraviglioso organizzato dal Sig. Claudio Buonomo responsabile del ristorante Circolo Golf Castelgandolfo, trasforma la UV Oftal Golf Cup, in un momento di relax che porta gli amici a tirare tardi parlando esclusivamente del più e del meno.

Cosa sempre più rara in certi ambienti.





# UV Oftal



**Soluzione** oftalmica lubrificante **Fotoprotettiva**



**Per il trattamento dello stress fotossidativo da fonti luminose naturali e artificiali**

*Indicato particolarmente per chi svolge attività sportive e all'aperto per gli utilizzatori di smartphone, tablet e computer*

 [www.360oftal.com](http://www.360oftal.com)



360°  
OFTALMOLOGIA

#ophthalnewgeneration



# LA RETINA CHIRURGICA

## Gianluca Besozzi ci racconta la sua passione

**C**ome ulteriore novità di questa rivista, inauguriamo la rubrica #ophthalnewgeneration, ci teniamo all'hashtag, in quanto vorremmo renderla virale nei social e, perché no, farci un congresso...

Al Retinitaly di Brescia incontriamo Gianluca Besozzi, a dire il vero ci colpisce l'eleganza di questo giovane chirurgo, poi, ascoltando la sua relazione, anche la grande passione e sostanza che gli pervade gli occhi, l'assenza totale di brusio della sala e la sicurezza nella comunicazione. 360, oftalmologico sempre in attività, lapilla appunto, la Ophthalnewgeneration, vista la quantità di giovani oculisti bravissimi che operano in campi chirurgici e medici in questa magnifica specializzazione.

Gianluca "Luca" per gli amici, è un fiume in piena e comincia. Nasce a Bari, città che ama più di ogni altra, nel 1977. Tutta la sua formazione accademica avviene in questo luogo: l'università, la scuola di specializzazione, il dottorato di ricerca. Poi il trasferimento a Brescia, la sua seconda "casa", e infine il ritorno in Puglia. Ma andiamo con ordine.

Il suo amore per l'Oftalmologia, e particolarmente per la Retina, comincia nell'estate del 2000. Studente al quarto anno di medicina, partecipa al concorso del SISM, il Segretariato Italiano Studenti di Medicina, che offriva la possibilità di trascorrere un mese a frequentare un reparto in qualunque paese del mondo. Appena conseguito l'esame di Oftalmologia, si appassiona alla materia, sceglie di frequentare il reparto di Oftalmologia dell'ospedale uni-

versitario di Istanbul, il CerrahPasa, dove si affida al tutoraggio del dottor Husein Yetik, retinologo, e che gli mostra per la prima volta questo fantastico mondo: sono gli anni degli entusiasmi per la PDT (fotodinamica), ma la vitrectomia migliorava le proprie performance con strumenti sempre più nuovi.

Tornato a casa da quella esperienza, decide di andare a chiedere la tesi in Clinica, diretta dal professor Carlo Sborgia, che ancora ringrazia per avergli concesso la possibilità di affacciarsi e vivere questa meravigliosa disciplina. Poi l'internato e la scuola di specializzazione, interamente trascorsi con il gruppo della Retina. Gianluca parla di "fortuna" per essere riuscito a seguire ed essere guidato (tiene a sottolineare quest'ultimo aspetto come fondamentale per la formazione di un giovane chirurgo) sin dall'inizio da eccellenti chirurghi vitreo-retinici, come il dottor Tommaso Micelli Ferrarì, il dottor Nicola Recchimurzo, il professor (allora dottore) Francesco Boscia, rigorosamente in ordine alfabetico, dai quali ha avuto modo di apprendere tanto e di rafforzare la sua passione per la Retina.

All'epoca c'era un altro chirurgo che iniziava a operare la Retina quando iniziò la sua scuola di specializzazione, il dottor Luigi Sborgia, (lo chiama Gigi), anche lui oggi eccellente chirurgo. Insomma, con il consenso dei tre "boss", è stato proprio "Gigi" (oggi il suo miglior amico nel mondo dell'Oftalmologia) a condurlo nei primi passi negli interventi di chirurgia vitreo-retinica con la sua prima rimozione di olio di silicone via pars plana con il 20g.

È uno dei momenti più emozionanti della sua vita professionale. Arriva il Dottorato di Ricerca in Neurobiologia Sperimentale, sempre a Bari. Esperienza appassionante, ma, si sa, durante il Dottorato non si opera e nel racconto gli occhi di Gianluca testimoniano la "non operatività" di quel periodo.

Finito il Dottorato però, si ritrova a spasso: in Clinica non c'è più posto. "...la Puglia non offre molte possibilità: non si fanno concorsi in ospedale, la sanità convenzionata non è tanto sviluppata..." e il professor Michele Vetrugno lo chiama con sé a occuparsi di Retina medica nelle cliniche che dirige: "accetto con entusiasmo e riconoscenza", (il sentimento della riconoscenza... Questo sconosciuto... ndr). L'esperienza della sanità convenzionata è formativa, gli permette di crescere molto nella chirurgia del segmento anteriore e di acquisire competenze gestionali.

Ma... passano 3 anni e la chirurgia della Retina è un ricordo che pian piano diventa sempre più lontano... 2013, l'incontro che gli cambia la vita: conosce Barbara Parolini ad un congresso, la donna che, platonicamente, ama alla follia (perdonato in famiglia dalla moglie, dalla mamma e dalla figlia in arrivo – auguri da 360!!!).

Dopo un periodo al confine fra "corteggiamento e stalking", convince Barbara a prenderlo come suo allievo a Brescia: e inizia uno dei periodi più belli e difficili della sua vita. Il figlio Giovanni era appena nato, e concentra la sua attività in Puglia di lunedì e martedì, per prendere alle 6 del mattino del mercoledì un volo per Linate, un'auto per raggiungere Brescia e restare al suo fianco fino al venerdì sera, talvolta fino alla domenica sera. Il momento in cui lei dice: "ok Luca, dalla prossima settimana hai la tua seduta da solo", è quell'attimo che gli resterà impresso per sempre, a raccontarcelo oggi, rivive la stessa emozione di quel giorno, con i soliti occhi parlanti di Luca (la confidenza dell'intervista/racconto ce lo fa chiamare così).

Passa 4 anni in questo vorticoso modo, su e giù ogni settimana, aeroporto e autonoleggio, crescendo ogni settimana di più, grazie al supporto costante della sua autorevole Maestra, ripetendo di nuovo "la donna che, platonicamente, amo alla follia" (con sempre un pensiero di scuse riguardo la sua bellissima famiglia). Ogni medaglia però ha il suo rovescio, e lasciare casa così spesso e per così tanto tempo è difficile, sia per chi va via, sia per chi resta. "Avere una fantastica moglie, che mi ha supportato in queste scelte, e dei genitori e dei suoceri che sono stati dei mariti e padri suppletivi è stato fondamentale". Una fortuna insomma, e tutta questa solidarietà familiare gli ha permesso di vivere a pieno questa fondamentale esperienza. Barbara gli ha insegnato moltissimo, condivi-



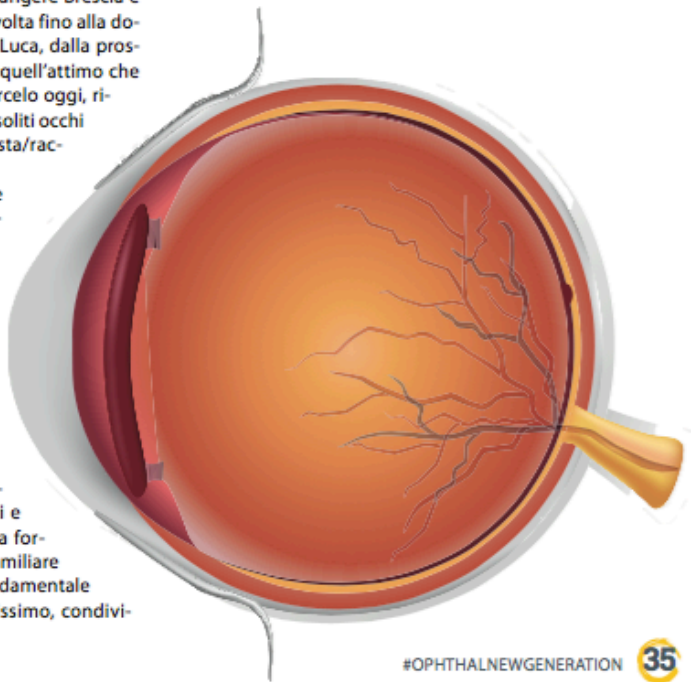
dendo con lei le sue idee, le sue tecniche e addirittura, i suoi "trucchetti" chirurgici; ma hanno anche condiviso le loro "bale bianche", perché si sa, la chirurgia vitreo-retinica non è solo successi. Barbara gli ha anche insegnato la calma, la gentilezza (innata in lui), la perseveranza, a non mollare mai e a non dare nessun caso per "spacciato".

Da febbraio di quest'anno è a Lecce, tornando nella sua Puglia con un bagaglio di esperienza che lo conforta nei momenti chirurgici più critici. Ennesimo colpo di fortuna (che aiuta gli audaci): un primario, il dottor Antonio Mocellin, che lo sostiene e lo fa crescere "come farebbe con un figlio".

"Non so se a 40 anni posso essere ancora definibile come 'new generation', ma sento di provare lo stesso entusiasmo di quando ero agli inizi, con l'orgoglio di chi si è impegnato e sacrificato per quello che ha sognato fin da quando è entrato da interno in Clinica Oculistica: operare la Retina".

Che dire Gianluca, grazie per aver inaugurato questa Rubrica.

## 360 Power!





Guido Corallo

360°  
MULTIMEDIA



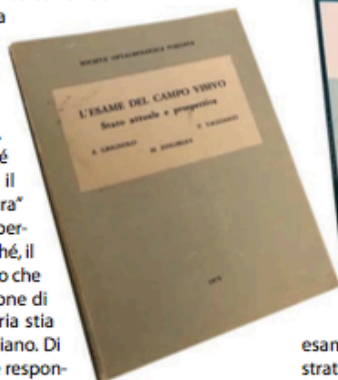
# COSÌ PRESENTO IL MIO MANUALE DI PERIMETRIA

**Q**uesto libro scaturisce da un'esperienza scientifica e didattica ultra-trentennale, maturata presso la Clinica Oculistica dell'Università di Genova, che fu per molti anni - sotto la direzione del Prof. Mario Zingirian - il polo di riferimento assoluto in relazione agli studi sul campo visivo nel nostro Paese, oltre ad essere stata assai nota anche all'estero per questa sua peculiarità. Una volta conclusasi la mia parabola universitaria, avendo constatato che ormai da molti anni mancava la disponibilità di un testo di Perimetria che potesse ritenersi completo, aggiornato fino alle ultime novità, e che fosse scritto in italiano, mi sono attivato allo scopo di colmare questa singolare quanto inammissibile lacuna editoriale, trovando la disponibilità di una Casa Editrice (PICCIN, Padova) di grande tradizione in campo medico, cosa che mi ha reso felice, avendovi individuato la garanzia di una qualità editoriale elevata. La realizzazione di questo testo che - se da una parte non è nato con l'intento di rappresentare un monumentale trattato, si mostra tuttavia essere un libro estremamente completo, con le sue oltre 320 pagine ricchissime di illustrazioni - è costata al suo autore un'enorme fatica, mitigata tuttavia da un'altrettanto enorme dose di passione. La volontà di mettere al servizio soprattutto dei giovani in formazione i frutti di una lunga esperienza maturata sul campo, è stata dunque la molla iniziale da cui tutto è partito. Ragion per cui i principali destina-

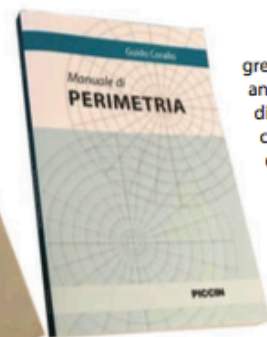
tari dell'opera sono gli studenti del Corso di Laurea Triennale in Ortottica ed Assistenza Oftalmologica ed i medici specializzandi in Oftalmologia, ma anche i professionisti già operativi da tempo, e tuttavia desiderosi di avere a disposizione un testo che possa chiarire loro i dubbi che una disciplina molto tecnica ed anche un po' di nicchia, come la Perimetria, spesso pone ai suoi utilizzatori. Parallelamente ho inteso, redigendo quest'opera, rendere onore e merito a quella Scuola che mi aveva formato, lasciando una testimonianza concreta di quello che fu decisamente un periodo aureo. Un periodo glorioso che non si seppe - o forse addirittura non si volle - perpetuare, dopo che lo storico "team perimetrico" di Genova si dissolse per i motivi più vari. Questa che ho appena fatto è una constatazione per me dolorosa, che mi ha fortemente sollecitato ad attivarmi per far sì, come ripeto, che di quei fasti non rimanesse solo un vago, sbiadito ricordo, ma che potesse restarne una traccia tangibile. Ma vi sono state anche altre motivazioni che mi hanno indotto ad intraprendere la mia impegnativa impresa. Come ad esempio l'aver constatato che - trascorsa la "golden age" che la Perimetria aveva vissuto durante l'entusiasmante fase di passaggio dalla tecnica manuale a quella automatica computerizzata - si era entrati in una fase di relativa stagnazione, che perdura da alcuni anni. Di novità ne sono certamente intervenute, nel frattempo, ma non sono state



di quelle eclatanti, ed in quanto tali in grado di attrarre la luce dei riflettori, soprattutto in ambito congressuale. Questa crisi, la quale coinvolge anche, in senso più lato, lo stesso ambito del glaucoma (in quel caso la "rivoluzione" fu rappresentata a suo tempo dall'avvento delle prostaglandine in collirio) rischia di trasmettere messaggi pericolosi e fuorvianti, particolarmente se a tutto questo si aggiunge il successo che le tecniche di imaging applicate al glaucoma stanno ormai giustamente riscuotendo da anni. Dico "giustamente" perché siamo tutti d'accordo circa il fatto che i due binari, "struttura" e "funzione", debbano essere percorsi parallelamente. Sennonché, il messaggio dannoso e deleterio che può emergere da una situazione di questo tipo è che la Perimetria stia passando un po' in secondo piano. Di questo trovo che una qualche responsabilità - mi permetto di esprimere la mia critica con spirito esclusivamente costruttivo - ce l'abbia anche la SIPE (Società Italiana di Perimetria e Diagnostica per Immagini), la quale da qualche anno è solita non solo concedere molto spazio alle tecniche di imaging mirate al glaucoma, cosa di per sé ineccepibile, come si diceva, ma ha aperto le sue porte anche alle tecniche di imaging inerti l'intero ambito Oftalmologico. Ciò che a mio modesto avviso ha condotto ad alcuni eccessi. È capitato così di reperire nel programma dei suoi Corsi delle comunicazioni dal tenore un po' singolare. Ne rammento una che era incentrata sulla "Microscopia confocale delle ghiandole di Meibomio". Tecnica che sicuramente avrà la sua indubbia utilità, io questo non lo discuto assolutamente. Dico solo che la Perimetria attualmente mi pare un po' troppo trascurata. Così come mi pare un po' smarrita la bussola originaria, e non so se il Prof. Zingirian, che della SIPE fu il fondatore, ne sarebbe contento. Il grande pericolo che vedo profilarsi - e che ho cercato di allontanare scrivendo il mio libro - è che possa diffondersi la convinzione che l'esame del campo visivo non rappresenti più una metodica diagnostica così fondamentale come una volta. Quando invece dobbiamo continuare a tenere presente che essa costituisce tuttora un mezzo imprescindibile ai fini della diagnosi e del follow-up del glaucoma. Patologia che, come tutti sappiamo, se tardivamente diagnosticata può condurre alla cecità "vera", ossia a quella assoluta. Quella da "bastone bianco", tanto per intenderci. Che non è la semplice "cecità legale" indotta dalle maculopatie (per carità, senza assolutamente voler minimizzare il loro elevato carattere invalidante!), che oggi godono della luce dei riflettori, anche grazie a dinamiche che risultano essere fortemente condizionate dalla ditte produttrici dei relativi farmaci, le quali penso siano in grado di influire non poco sulla scaletta degli appuntamenti con-



360°  
TECNOLOGIA



gressuali. Pertanto il mio libro ha anche questo scopo, ossia quello di ribadire il fatto che l'esame del campo visivo non è una metodica "dormiente", ma è invece viva e vegeta. Senza dimenticare il fatto che - glaucoma a parte - la Perimetria ha un'importanza fondamentale anche nell'ambito delle patologie delle vie ottiche (cui è dedicato un intero capitolo del mio libro). In que-

sti casi, intuire la necessità di praticare al tale paziente un esame del campo visivo, il sapere scegliere il programma e la strategia più adatti al suo specifico caso, sono cose che possono salvare addirittura la vita di quel paziente, non solo la sua vista (recentemente mi sono capitati due casi eclatanti, al riguardo). Concludo la presentazione del mio libro, dopo aver messo in luce quali sono stati i presupposti che ne hanno visto la nascita, dicendo che esso è stato redatto utilizzando un linguaggio colloquiale, atto a vivacizzare la trattazione e ad invogliare la lettura. La successione dei capitoli segue un filo logico e razionale, facendo sì che ciascuno di essi risulti propedeutico rispetto al successivo. La materia è sviluppata a 360°, proprio lo stesso numero che ricorre nel titolo di questa bella ed interessante rivista che molto gentilmente mi ha ospitato. Buona lettura a tutti!

Al Corso allievo dott. Corallo Guido  
nella speranza di farne un  
progetto perimetrista

Mario Zingirian

Genova 30. X. 79



Giovanni Amerio  
Libero professionista  
Specialista Ambulatoriale ASL TOS  
Regione Piemonte  
www.studiooculistico.net

360°  
ambulatorio



# AUTORIFRATTOMETRIA BINOCULARE: LA SCHIASCOPIA 2.0

“Toglietemi tutto ma non il mio autorefrattometro”, si potrebbe dire parafrasando una celebre pubblicità di orologi da polso. In effetti, l'autorefrattometro rappresenta, per la maggioranza dei medici oculisti, il primo strumento di interazione con il paziente, apparecchio del quale, al giorno d'oggi, nessuno riuscirebbe facilmente a privarsi.

Purtroppo, non sempre risulta utilizzabile o in grado di fornire risultati affidabili. Capita talvolta di trovarsi di fronte a pazienti non collaboranti, non deambulanti, irrequieti, ma soprattutto, spesso ci si deve confrontare con bambini in tenera età, che mal sopportano l'idea di appoggiare fronte e mento su quella specie di trespolo e di spalancare il loro vispo occhio davanti a quel misterioso buco, dietro al quale si cela chissà quale misterioso mostro...

In tutti questi casi la buona vecchia schiascopia risulta spesso utile a togliersi d'impaccio, ma, diciamo sinceramente, non tutti gli oculisti la sanno eseguire con l'accuratezza necessaria, molti la ritengono una pratica del secolo scorso e alcuni forse non sono neanche dotati di un retinoscopio.

Secondo questa metodica, una striscia luminosa viene proiettata nell'occhio del paziente ad una distanza tipicamente di 2/3 di metro e viene osservato il movimento del riflesso, che può essere concorde, invertito o diffuso. Anteponendo lenti graduate davanti all'occhio viene ricercata la neutralizzazione del riflesso in due assi ortogonali, permettendo così di stabilire il difetto sferico e astigmatico, oltre a riconoscere curvature corneali irregolari o aberrazioni di grande ordine; un esempio per tutti (chi pratica questa "arte" lo sa) è il cosiddetto "riflesso a forbice".

Inconvenienti di questa metodica sono l'abbagliamento, che causa spesso costrizione pupillare, richiedendo talvolta la dilatazione farmacologica, e fenomeni di aberrazione che rendono imprecisa la valutazione. Inoltre, non è ovviamente possibile registrare in maniera fotografica o digitale i risultati della misurazione.

Può essere allora di aiuto un rifrattometro binoculare, apparecchio nato essenzialmente per eseguire screening in età pediatrica che, grazie alla sua evoluzione nel tempo, ora è in grado di

fornire altri risultati, oltre che a quello imprescindibile della determinazione del difetto refrattivo.

Sicuramente il *gold standard* della misurazione rifrattiva nei bambini rimane la retinoscopia in cicloplegia e la valutazione soggettiva. Ma questo approccio richiede tempo, oltre a essere mal accettato dai piccoli pazienti. L'esame rifrattometrico binoculare permette in alcuni casi di evitare le tanto odiate "goccine", e risulta sicuramente meglio sopportato.

I metodi fotorifrattivi come misurazione obiettiva della rifrazione furono proposti agli inizi degli anni '80, e possono essere suddivisi in ortogonali, isotropici ed eccentrici. Quest'ultimo (EPR, *eccentric photorefraction*) permette di misurare un'ampia gamma di errori rifrattivi, potendo essere paragonato alla retinoscopia, ed è divenuto popolare per la sua rapidità e somiglianza ad un processo fotografico. Un rifrattometro binoculare è sostanzialmente un apparecchio che, tramite la determinazione del riflesso retinico, permette di determinare la condizione rifrattiva del soggetto. Viene in pratica fotografato il riflesso derivato da una sorgente luminosa infrarossa, collocata lateralmente all'obiettivo della fotocamera. In base all'errore di refrazione, la luce di ritorno forma uno specifico crescente di luminosità all'interno della pupilla, la cui rilevazione permette di misurare l'errore sferico, il potere e l'asse del cilindro (fig. 1).

Per chi fa dell'oftalmologia pediatrica il proprio principale ambito lavorativo, l'utilizzo di tale apparecchio permette di snellire, velocizzare e rifinire il lavoro, ma anche chi occasionalmente si trova di fronte a pazienti in tenera età, può trovarvi un'ancora di salvezza, in grado di salvarlo da imbarazzi.

La differenza peculiare rispetto al classico autorefrattometro è che la determinazione viene effettuata bilateralmente in contemporanea, eliminando così differenze di valutazione tra i due occhi, dovute a variazioni dell'accomodazione. In tal maniera è possibile avere un'idea precisa dell'anisometropia presente, importante parametro in età pediatrica per avere un'indicazione su uno dei principali fattori predisponenti l'ambliopia. Inoltre, la

misurazione della rifrazione eseguita contemporaneamente sui due occhi permette di ridurre sensibilmente i tempi di acquisizione, fatto anch'esso estremamente importante nei soggetti non collaboranti o in età pediatrica (fig. 2).

Sempre in tema di diagnosi precoce dei fattori favorevoli l'ambliopia, l'autorifrattometria binoculare può essere eseguita a qualunque età, permettendo di avere un quadro rifrattivo oggettivo anche in bambini in età preverbale, in modo da poter prescrivere da subito un ausilio visivo o programmare a scadenza più o meno ravvicinata un controllo.

Non essendo un esame condotto a breve distanza dal paziente, ma a circa un metro, lo stimolo accomodativo risulta essere diminuito, così come risulta notevolmente ridotta la paura indotta nel piccolo paziente da uno strumento a breve distanza da lui. Associati alla maggior parte degli apparecchi, sono poi presenti stimoli visivi e uditivi in grado di catturare l'attenzione del bambino per la corretta esecuzione dell'esame.

Gli apparecchi attualmente in commercio sono di formato compatto, assomiglianti in taluni casi ad oggetti conosciuti come una macchina fotografica o dotati di un aspetto familiare, con disegni di faccine o inserimento nella sagoma anteriore di figure rassicuranti come i petali di un fiore o un frutto (fig. 3). Per le loro dimensioni possono essere agevolmente trasportati e lavorano senza bisogno di essere collegati ad una presa elettrica. Anche il costo risulta contenuto, paragonato a quello di altre strumentazioni. Quasi tutti prevedono inoltre la possibilità di stampare un report dei dati, evidenziando anche in maniera grafica se i risultati possono essere considerati di norma, rapportati in fasce d'età.

Non sono solo i difetti refrattivi ad essere osservati con l'autorifrattometria binoculare. Vengono studiate e registrate parametri pupillari come distanza interpupillare, dimensioni del diametro pupillare (rilevato in condizione statica e dinamica, potendo eseguire una pupillometria fotopica e scotopica) e valutazione dell'inclinazione del capo. Altre anomalie visive registrabili sono anisometropia, anisocoria e, con opportuni software, anche le forie (fig. 4). In questo caso lo strumento esegue una procedura guidata chiedendo all'operatore e paziente di effettuare tre veloci misure, la prima binoculare e le seconde due monoculari con un occhio occluso attraverso un filtro opportuno fornito in dotazione. Questo filtro è completamente opaco all'occhio del paziente (quindi la visione binoculare del paziente è impedita), ma lo strumento riesce a misurare lo spostamento dell'occhio attraverso il filtro stesso. Se lo spostamento dell'occhio si presenta sotto copertura viene evidenziata una foria, misurata sia in direzione (eso, exo, iper, ipo) che in diottrie prismatiche.

Allora amore a prima vista? Tutto rose e fiori?

Sicuramente no: anche la rifrattometria binoculare presenta limiti e inconvenienti.

Il range di misurazione risulta inferiore rispetto a quello offerto da un autorifrattometro tradizionale, e non raggiunge un'accuratezza tale da permettere di prescrivere lenti senza una misurazione soggettiva o una rifrazione in cicloplegia.

Alcune accortezze però sono state introdotte da alcuni produttori ed in particolare si sottolinea la soluzione con un sistema che prevede un maggior numero di sorgenti IR-LED eccentrici. Si tratta di una caratteristica che aumenta il numero di dati rac-



colti, e conseguentemente la precisione della stima. In particolare, in un'apparecchiatura è presente il LED HA (LED High Ametropia), molto più eccentrico rispetto ai LED standard, progettato per poter individuare un'alta ametropia, oltre l'intervallo di misura dello strumento.

Opacità dei mezzi diottrici o pupille tendenzialmente miotiche rendono difficoltosa, se non impossibile, l'esecuzione dell'esame; tuttavia, alcuni strumenti rendono possibile osservare i problemi di trasparenza con apposita funzione di zoom.

Per funzionare correttamente, queste apparecchiature richiedono una luce ambientale ridotta ed omogenea, non sempre facilmente applicabile in ogni ambiente. Per ovviare a questo inconveniente, recentemente un'azienda italiana ha realizzato degli apparecchi collocati al fondo di una specie di "tubo", dove all'altro capo si appoggia l'esaminando, eliminando in tal modo la necessità di oscurare la stanza e trovando da subito la distanza di lavoro idonea.

In conclusione, nell'adulto l'autorifrattometria binoculare non può sostituire in tutti i casi la classica misurazione eseguita con l'autorefrattometro standard, così come nei bambini la rifrazione in cicloplegia sovente rimane mandatoria.

Va piuttosto considerato come un utile e, in certi casi, indispensabile complemento diagnostico nei piccoli pazienti, specie quando la collaborazione con altre metodiche di esame sarebbe impossibile da ottenere, e in determinate categorie di persone. In questi casi, avere a disposizione dei dati oggettivi permette di focalizzare al meglio le nostre ipotesi diagnostiche ed individuare e documentare tempestivamente fattori ambliogenici, altrimenti non evidenziabili con le metodiche tradizionali.

In tutti i casi, ma specialmente in età pediatrica, la rifrattometria binoculare fornisce una base di partenza su cui lavorare, più velocemente e in maniera più obiettiva, per arrivare al risultato della rifrazione finale.

*Useremo in quest'articolo termini derivanti sia da "rifrazione", più corretto in italiano, che da "refrazione", derivato dal latino refractio-onis.*

#### REFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Howland HC, Braddick O, Atkinson J, Howland B. Optics of photorefraction: orthogonal and isotropic methods. *Opt Soc Am.* 1983; 73(12): 1701-8.
2. Y.L. Chen, S. Lei, S.H. Li, W.L. Lewis, W. Ming. Infrared Retinoscopy. *ARVO Annual Meeting Abstract April 2014.* Photonics 2014; 1: 303-322.
3. M. Campbell, W. Babier, A. Rorada. Effect of monochromatic aberrations on photorefraction patients. *J. Opt. Soc. Am.* 1995; 12: 1637-46.
4. A. Rorada, M. Campbell, W. Babier. Slope-based eccentric photorefraction: theoretical analysis of different light source configurations and effects of ocular aberrations. *J. Opt. Soc. Am.* 1997; 14: 2547-2556.
5. T. Takikawa, I. Goto, M. Mitsuhashi, T. Hayashi, K. Nishio, Y. Fukuma, K. Nishio, K. Ohno, T. Noda. Evaluation of Simultaneous Binocular Autorefractometry in Normal and Refractive or Anisometropic Amblyopia. *Invest Ophthalmol & Vis Sci* 2003; 44: 4836.
6. Zhong Lin, Ningji Wang, Yuan Bo Liang. Comparison between binocular, open-field auto refractometer and conventional autorefractor. *Chin J Ophthalmol* 2012; 48: 519-23.
7. Giuliano Sparano. Screening for refractive errors in children using the ZWNI, binocular refractometer. *Invest Ophthalmol & Vis Sci* 2014; 55: 4392.
8. C. M. Bogdanic, C. M. Sandulache, R. Vasiliu, D. Obrada. Difference of refraction values between standard autorefractometry and Phoptix. *Roman J Ophthalmol.* 2016; 60, 249-254.

2WIN: IL PIU' ACCURATO AUTOREFRATTOMETRO PORTATILE BINOCULARE  
A 1 METRO DI DISTANZA SENZA LIMITI SUPERIORE DI DIAMETRO PUPILLARE  
RANGE +/- 15 D -- PACCHETTO STRABISMO --

**IDEALE CON I BAMBINI  
E PAZIENTI NON  
COLLABORATIVI  
MISURA LA REFRAZIONE  
IN CONDIZIONE DI  
VISIONE NATURALE**



VISIONFIT: L'UNICO FOROTTERO INDOSSABILE WIRELESS CON OTTICHE ADATTIVE  
PER L'ESAME DI REFRAZIONE SOGGETTIVA PIU' ACCURATO ED AVANZATO



**SIR** oftalmica

DISTRIBUTORE ESCLUSIVO SIR OFTALMICA  
INFO@SIROFTALMICA.COM - 031.570869  
RONCHI@SIROFTALMICA.COM - 335.6167324  
A.MOLTENI@SIROFTALMICA.COM - 328.1808176





**Il nuovo mercato della  
MEDICINA IPERBARICA  
inizia da lui.**

# MARCELLO STAGNI, L'ENNESIMA SFIDA

**M**arcello Stagni è un imprenditore della Sanità, un innovatore con delle idee che fanno bene agli altri ma, soprattutto, è un uomo a cui piacciono le sfide. La sua esperienza nel settore sanitario è vastissima: in questa intervista esclusiva ce la racconta di persona: "Ho iniziato a lavorare, dopo aver fatto l'Ufficiale di Sanità durante il servizio militare nel centro medico del Banco di Sicilia. Al contempo venni chiamato anche dal CNR per sviluppare progetti di ricerca scientifica e medica; decisi però di lavorare nell'industria farmaceutica e di entrare in Farmitalia, dove rimasi per sette anni. Mi occupai di diversi ambiti clinici, tra cui gli antitumorali quando all'epoca esisteva ancora poco. Alla fine degli anni 70 nacque il marketing farmaceutico e compresi l'importanza di affiancare gli aspetti medico scientifici dei prodotti; altrimenti se la gente non sa, non si cura".

**Di qui una carriera folgorante da direttore...**

"Sì, Farmitalia e il gruppo Farmitalia Carlo Erba poi. A dire il vero per

*poco tempo, poiché mi venne data l'opportunità di entrare nel gruppo Corvi di Piacenza che allora aveva prodotti molto noti in pneumologia.*

*L'intera gamma di prodotti fece un salto notevole: da 3,5 milioni di pezzi nel 1980 ad oltre 18 milioni nel 1987; questo grazie a messaggi e comunicazione chiari ed efficaci e ad un listino innovativo condiviso dalla medicina specialistica. Furono altri sette anni di risultati e di esperienze positive in un'azienda leader nella broncopneumologia, al fianco di luminari e scienziati di altissimo livello, dal Prof. Grassi al Prof. Allegra, Carrù etc etc...*

*Quando Camillo Corvi scomparve anzitempo, il manager (radiologo) Giuseppe Vitami mi offrì di lavorare per lui nella più grande azienda di endocrinologia del mondo, la Schering AG. Nel 1990 mi fu richiesto di fare un audit ad alcune aziende del sud, ed io in particolare trovai la SIF, la più antica farmaceutica italiana nel farmaceutico oftalmico. Scelsi allora di dirigere l'azienda catanese. Anche qui trovai grande professionalità e inventai facilmente una politica*



di marketing nuova, tanto che da 18 miliardi di fatturato passammo in soli tre anni a oltre 75”.

#### **E arriviamo alla scelta del 2000...**

*“Nel 2000 feci un'altra scelta: con Enrico Biondi della Bioos decisi di dare vita con sede nelle Marche, alla Sooft. Società con diverse business unit parallele, leader nell'oftalmologia, azienda che con 29 brevetti esporta in 72 paesi del mondo”.*

#### **La storia della Sooft è legata alla ricerca e innovazione nell'ambito dell'oftalmologia...**

*“La sfida che abbiamo lanciato è proprio quella di potenziare la ricerca scientifica e indirizzarla verso l'innovazione, in particolare verso la genetica. Un solo esempio, ma importante perché va verso la ricerca a favore dell'invecchiamento della popolazione, è il test AMD, che abbiamo lanciato per accertare la degenerazione maculare senile... la Sooft ha avuto delle intuizioni davvero all'avanguardia in tutti i sensi”.*

#### **Se parliamo poi di Nutrigenomica... Stagni è considerato un po' il padre della luteina... come mai?**

*“Ho investito molto nel lanciare questa molecola che nutre e protegge la retina... una sfida vinta, contro molti scettici”.*

#### **Dopo aver portato ad un successo straordinario questo marchio, rilevato poi dal gruppo FIDIA, oggi la nuova missione di Marcello è il settore iperbarico. Perché?**

*“Ho tenuto a battesimo anche il poliambulatorio La Fenicia, a Porto Sant'Elpidio, nell'intento di creare un polo innovativo della sanità privata, capace di fare rete sul territorio. Così vedendo che mancava, in quasi tre regioni, una camera iperbarica e soprattutto era assente del tutto la consapevolezza dell'utilità della terapia iperbarica... ecco che ho voluto affrontare un'altra sfida”.*

#### **Nasce così il centro MAU, con camera iperbarica a servizio di Marche, Umbria e Abruzzo...**

*“La terapia iperbarica, ossia l'ossigenazione del sangue è una medicina nata quasi per caso. Ha presente chi è costretto a lavori subacquei? Pensi a quante piattaforme petrolifere ci sono, oleodotti, condutture etc. Ma non solo: nel caso del piede diabetico, dove c'è la cancrena spesso è necessaria l'amputazione, invece preventivamente l'ossigenazione del sangue, ossia l'applicazione della terapia iperbarica, ferma l'infezione, sana la cancrena e riesce anche a rigenerare i tessuti, creando cellule staminali nuove...!”*

#### **Quindi ha molti effetti positivi...**

*“Certamente: in reumatologia, dermatologia, ortopedia, oculistica, otorino, vulnologia, endocrinologia, malattie infettive, intossicazioni di monossido di carbonio etc etc. L'OTI (ossigeno terapia iperbarica) funziona e guarisce.*

*È innegabile, come in tutte le altre terapie, che ci siano effetti collaterali da tenere sotto controllo”.*

#### **Si spieghi meglio...**

*“Quando l'organismo umano subisce cure importanti, reagisce con effetti talvolta indesiderati. Un esempio per capire: i radicali liberi dell'ossigeno in parte sono benefici e in parte possono essere causa di patologie come l'acqua ossigenata.*

**La ossigeno terapia iperbarica, al contrario, genera acqua ossigenata che è in grado di combattere le infezioni (insieme ad altri ros); attenzione però, che un uso eccessivo della terapia, in altri tessuti, può essere dannoso con il tempo.**

*A tale proposito ho creato una serie di prodotti “rivoluzionari”. Posso dire, per ora, che sono riuscito a mettere dentro una compressa orale tutto questo processo anti radicalico (glutazione) che finora avviene solo in via molto più invasiva, attraverso iniezioni...”*

#### **C'entrano le nanotecnologie?**

*“Naturalmente sì. Ma non posso dire di più, adesso”.*

Stagni ci lascia la curiosità di sapere come e quando sarà questa rivoluzione nel campo dei prodotti mirati per questa terapia, tesi a ridurre o eliminare gli effetti collaterali dell'ossigenazione del sangue e dell'invecchiamento precoce.

Per ora sappiamo anche come combattere i radicali liberi, la retinite pigmentosa e la degenerazione maculare, l'infezione e il piede diabetico...

Per ora grazie Marcello Stagni, sappiamo che la sfida iperbarica è appena cominciata!

Fonte: **Salute & Famiglia** Senza Età. N. 88 luglio - Agosto 2018

# Trattamento delle patologie maculari con laser micropulsato sottosoglia

360°  
SPECIALIST



Prof. Pier Luigi Esposti<sup>1</sup>  
Dott.ssa Gianna Palendri<sup>2</sup>  
Dott.ssa Benedetta Pieri<sup>3</sup>  
Dott.ssa Giulia Esposti<sup>3</sup>

# DALLA FOTOCOAGULAZIONE ALLA FOTOSTIMOLAZIONE

**L**a fotocoagulazione retinica è efficace ma è anche distruttiva, induce l'apoptosi delle cellule dell'epitelio pigmentato e uno shock da calore delle proteine della coriocapillare, provocando un danno permanente dei fotorecettori.

Avviene quando la radiazione laser è assorbita principalmente dalla melanina nell'epitelio pigmentato e nella corioide.

L'assorbimento della luce nei tessuti pigmentati converte l'energia laser in calore; il calore diffonde dai tessuti pigmentati irradiati nella retina sovrastante, che danneggiata dal calore, perde la sua trasparenza. Lo sbiancamento retinico che vediamo durante i nostri trattamenti laser è indice del danno termico che abbiamo indotto.

Per circa 70 anni il paradigma è sempre stato che per avere un effetto terapeutico era necessario indurre un danno alla neuroretina.

Il laser produce quindi localizzate elevazioni della temperatura creando lesioni termiche, ma anche risposte biologiche che insieme realizzano un effetto terapeutico.

I cambiamenti della temperatura tissutale, durante e dopo l'esposizione al laser, determinano e caratterizzano il tipo di trattamento che stiamo effettuando, che potrà essere:

- soprasoglia (visibile durante l'esposizione al laser)
- soglia (appena visibile alla fine o subito dopo l'esposizione al laser)
- sottosoglia (non visibile)

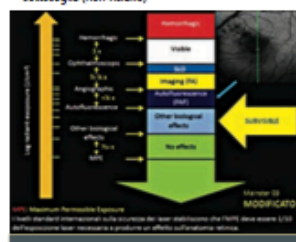


Fig. 1

Quando parliamo di trattamenti laser sotto la soglia del visibile dobbiamo tener presente che non esiste un solo sottosoglia poiché, se riduciamo progressivamente la potenza del laser, ad un certo punto l'effetto non è più visibile all'operatore, ma è evidenziale da un oftalmoscopio a scansione laser.

Riducendo ulteriormente la potenza l'effetto è visibile esclusivamente effettuando una fluorescangiografia; riducendo ulteriormente la potenza per vederne l'effetto è necessaria l'autofluorescenza. Se riduciamo ulteriormente la potenza nes-

suna tecnica di imaging ci farà vedere l'effetto del laser, che continua a produrre benefici effetti biologici intracellulari.

Essi scompariranno quando riducendo ancora la potenza scendiamo al di sotto della soglia di attivazione degli effetti biologici. Il sottosoglia ideale per poter trattare in sicurezza patologie in macula e in fovea è quindi quello compreso tra la soglia di attivazione degli effetti biologici (soglia inferiore) e la soglia di non visibilità in autofluorescenza (soglia su-



Fig. 2

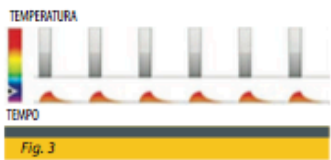


Fig. 3

periore). La modalità migliore per lavorare all'interno del sottosoglia ideale non è quella di ridurre la potenza di un laser in onda continua o il tempo di esposizione, ma disporre di un laser micropulsato. Un laser in onda continua emette un flusso costante di energia anche con tempi brevissimi di esposizione e la temperatura ha il tempo di salire (Fig. 2), al contrario in un laser micropulsato l'emissione continua è frazionata in un treno di brevi impulsi la cui durata (on) e l'intervallo (off) possono essere variati dall'operatore. Una più breve durata limita il tempo in cui il calore indotto dal laser diffonde nei tessuti adiacenti, un intervallo più lungo fornisce un tempo aggiuntivo per il raffreddamento del tessuto. (Fig. 3)

Si parla pertanto di ciclo operativo. (Fig. 4)

Il laser micropulsato induce dei benefici effetti biologici intracellulari senza alcun danno visibile durante o dopo il trattamento; quindi con un laser micropulsato possiamo passare dalla fotocoagulazione, in cui l'effetto terapeutico non può prescindere da un danno alla neuroretina, a quella che è corretto definire fotostimolazione.

Utilizzando comunque un laser non visibile e dovendo trattare con spots confluenti tutta l'area patologica è utile disporre di un laser multispot che rilascia gli impulsi secondo griglie definite. (Fig. 5)

Applicazioni cliniche principali del laser micropulsato.

- Edema maculare diabetico
- Edema maculare post trombotico
- Retinopatia sierosa centrale
- Cronico e residuo distacco retinico subfoveale e dopo chirurgia
- Risensibilizzazione della degenerazione maculare neovascolare non più responsiva agli anti-vegf (Fig. 6, 7 e 8)

Fig. 6: Degenerazione maculare con membrana neovascolare sottoretinica sottoposta a 11 iniezioni intravitreali di anti-vegf senza risposta.

Fig. 7: Area sottoposta a fotostimolazione con laser giallo micropulsato e parametri utilizzati

Fig. 8: Dopo fotostimolazione e iniezione intravitreali dell'ultimo anti-vegf utilizzato in precedenza senza risposta viene realizzata la risposta al farmaco.



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

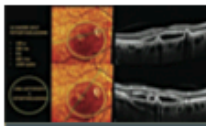


Fig. 7



Fig. 8

<sup>1</sup> Studio Oftalmico Pier Luigi Esposti Siena.

<sup>2</sup> SO2 Oftalmico Ospedale P. Puggi Firenze.

<sup>3</sup> Scuola di Specializzazione in Oftalmologia Università di Siena.



Daniela Tomasello

360°  
Oculistica



Salvatore Dolci

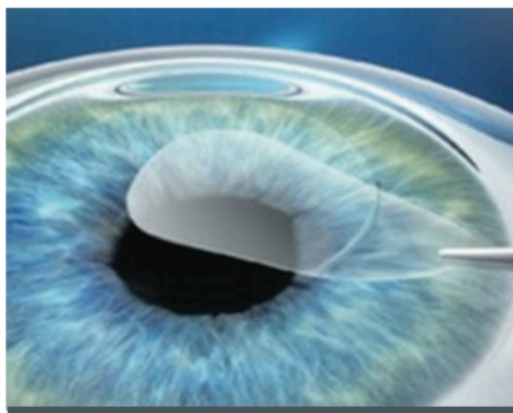
Marco Fantozzi

# SMILE PRESENTE E FUTURO IN CHIRURGIA REFRAATTIVA

**L**a tecnica SMILE rappresenta l'ultima frontiera nel campo della chirurgia laser per la correzione dei difetti visivi come la miopia e l'astigmatismo. Come spiegano bene gli oculisti dr. Marco Fantozzi, pioniere e primo esecutore in Italia di questo intervento, ed il dr. Salvatore Dolci, sebbene l'obiettivo finale è appunto far sorridere i nostri pazienti, il termine non deriva dalla traduzione letterale "sorriso" ma dall'acronimo Small Incision Lenticule Extraction.

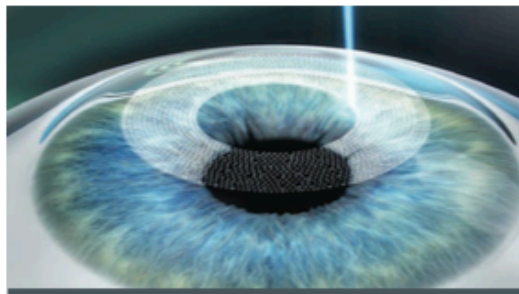
Grazie al solo utilizzo del precisissimo laser a Femtosecondi è possibile difatti, in pochi minuti, eliminare il difetto visivo estraendo, attraverso una piccola incisione di appena 2 mm, una parte di tessuto corneale pre-trattato (lenticolo corneale).

Come tutte le procedure laser l'intervento viene eseguito ambulatorialmente ed è assolutamente indolore. Il trattamento è sempre bilaterale e la terapia postoperatoria dura solo qualche giorno. Quali i reali vantaggi per il paziente? Contrariamente ad altre tecniche laser, che prevedono l'asportazione totale dell'epitelio corneale, con importante discomfort oculare post-operatorio e recupero visivo tardivo come nella PRK o la creazione di uno sportellino corneale ad ampio taglio come nella LASIK, nella SMILE l'incisione è davvero minima (2 mm). Ciò comporta solo un lieve fastidio, sensazione di sabbia o lacrimazione per 2-3 ore dopo l'intervento ed una ripresa funzionale visiva pressoché immediata entro le 24-48 ore. Ad oggi è possibile correggere miopia fino a 10 diottrie ed astigmatismi fino a 5 diottrie. Come spiegano gli oculisti Marco Fantozzi e Salvatore Dolci, sono in corso dei trials clinici per la correzione anche dell'ipermetropia mediante tecnica SMILE. Per quest'ultimo difetto visivo ricordiamo, comunque, la già consolidata correzione mediante tecnica Femtolasik da eseguirsi sempre con il laser a Femtosecondi.



Un altro grosso vantaggio della SMILE, come riportato da numerosi lavori scientifici, sembra essere quello di influire molto meno sulla biomeccanica corneale e quindi di alterare meno quella che è la naturale "resistenza" corneale se confrontata con le altre procedure laser per miopie elevate; infatti il lenticolo viene inciso e costruito all'interno dello stroma corneale in una zona meno strutturale. Particolarmente utile questo aspetto per gli sportivi in genere poiché, oltre a ritornare alle loro attività immediatamente, possono contare su una struttura corneale più resistente ai possibili traumi in confronto alla tecnica LASIK.

Ovviamente, come qualsiasi procedura chirurgica, non tutti purtroppo possono giovare di questa innovativa metodica. La se-



lezione dipende da molteplici fattori preoperatori che il chirurgo deve essere in grado di valutare scrupolosamente mediante attenta indagine.

La stabilità del risultato raggiunto è un altro punto cardine di questa metodica. La percentuale dei ritrattamenti laser, per regressione del difetto visivo, è davvero minima se paragonata ad altre strategie. Non vi è inoltre rischio di cicatrizzazione anomala grazie all'utilizzo di un tipo di laser che non ha effetti termici e inoltre, come sopra menzionato, l'incisione è davvero minima!

Come evidenziato dagli oculisti Marco Fantozzi e Salvatore Dolci la PRK e la LASIK sono state considerate le procedure chirurgiche di riferimento e si sono dimostrate tecniche efficaci e sicure nella correzione dei vizi di refrazione. Però oggi si aprono nuove prospettive e possibilità rivoluzionarie per quanti desiderino correggere definitivamente i propri difetti di vista. Tale innovazione è possibile grazie all'utilizzo e alla diffusione, nella pratica clinica, del laser a femtosecondi.

Si tratta di un modernissimo e velocissimo laser a diodi di ultima generazione che riesce ad effettuare, nella cornea sana, tagli di estrema predicibilità, precisione ed esattamente programmabili,

360°  
TECNOLOGIA



riproducendo l'effetto di un bisturi luce che esegue un taglio 3D all'interno della cornea, scolpita e rimodellata in modo personalizzato in base alle esigenze visive del singolo paziente. I laser a femtosecondi di ultima generazione, dotati di altissima frequenza e bassi livelli di energia, riescono ad ottenere superfici di taglio corneale altamente precise e regolari di profondità, estensione e direzione, perfettamente programmabili. La procedura SMILE, rispetto a quelle tradizionali, garantisce risultati molto più riproducibili e predicibili soprattutto nel caso di miopie elevate, in quanto queste risultano indipendenti da normogrammi di calcolo complessi, specifici test di fluorescenza e variabilità delle condizioni ambientali e delle singole caratteristiche delle cornee da trattare.

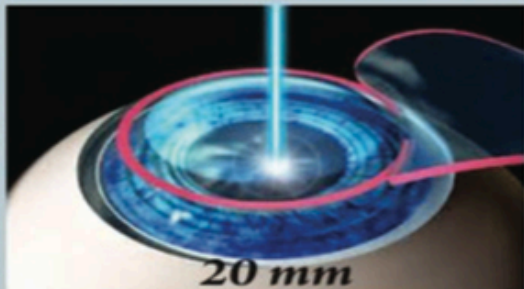
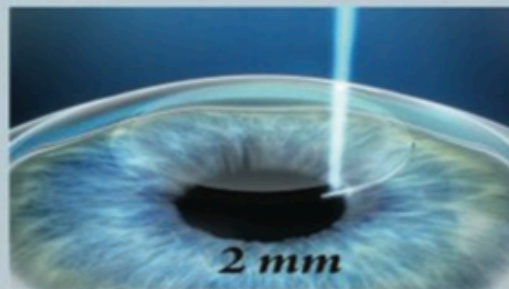
Effettuare infine solo una piccola incisione nei piani corneali superficiali comporta un risparmio di circa l'80% del tessuto normalmente inciso per la creazione di un flap corneale. In questo modo la maggior parte delle fibre nervose corneali viene ad essere risparmiata dal taglio; le terminazioni nervose presenti negli strati anteriori della cornea hanno un ruolo molto importante nel mantenere la corretta lacrimazione. Risparmiare l'80% delle fibre nervose significa, quindi, ridurre fortemente il rischio di insorgenza di occhio secco che spesso si verifica nei pazienti sottoposti a chirurgia tradizionale.

L'evoluzione tecnologica apportata dalla tecnica SMILE nella chirurgia refrattiva si traduce, quindi, in una minima invasività sulle cornee trattate, nel massimo risparmio dei tessuti sani e nella soddisfazione dei pazienti per il comfort intraoperatorio, postoperatorio e per i risultati ottenuti.

**ReLEx SMILE**

vs

**LASIK**





Daniilo Mazzacane

360°  
CULTURA



Romanzo di Diego Ponzin

# IL SENSO DELL'ANOMALIA

**I**l *senso dell'anomalia* (New-Book, 2018) è un romanzo di Diego Ponzin, in precedenza cimentatosi con la poesia, il racconto e la scrittura breve.

I protagonisti sono Tobia Mariotti, investigatore ed ex-ladro, e Francesco Bernardi, agente segreto. Il romanzo parte come un giallo: un ispettore di Polizia muore, un poliziotto infiltrato rischia la vita. Diventa in realtà un percorso di emancipazione nel corso del quale Tobia Mariotti si trova al centro di varie storie che, per caso, si intrecciano con la sua vicenda personale, quella di un uomo che ha perduto la donna che ama, e con fatica cerca di trovare una ragione da accettare e tornare a vivere.

I fatti coinvolgono un operatore delle poste, una banda di camorristi, alcune persone dell'Est, un funzionario di Polizia corrotto. Storie apparentemente lontane, alle quali l'investigatore, aiutato da un agente segreto, riesce a dare un significato, a riunirle e ad arrivare ad un finale unico.

La soluzione non sarà positiva per tutti, ma permetterà al protagonista di confrontarsi con persone e fatti, e ritrovare il gusto e il valore della vita.

La metafora espressa tra le righe è allo stesso tempo una sfida e una consolazione. È impossibile sapere se quello che ci accade, bello o brutto che sia, sia frutto di un disegno o del caso.

È difficile capire e dare un senso alla nostra storia personale, specie quando ci mette di fronte a perdite laceranti. Tuttavia, non esiste un destino avverso, ma un senso della ricerca, e *provare a capire* ci rende uomini, cercare il *senso dell'anomalia* è un modo per dare un significato alla vita.

## L'autore

Diego Ponzin vive a Padova e lavora a Venezia. Scrive e suona il basso elettrico con i *Motorcycle Mama* (in precedenza *Dimarte*), e con la band statunitense iDox.

Nel 2003 ha pubblicato per Cleup *Retropensieri*, una raccolta di poesie, racconti e canzoni. Nel 1998 ha prodotto il CD *The West Tribute*.



Ha inoltre pubblicato per Cleup la raccolta di poesie, immagini e racconti *Cose che non accadono mai* (in collaborazione con Mauro Toniolo, 2006); la raccolta di racconti *La seduzione dell'istante* (2008); la raccolta di racconti, poesie ed esercizi di scrittura breve *Un silenzio di buona qualità* (2011), e il romanzo *La descrizione della bellezza* (2017).



# CONSIGLI ESTETICI DOPO UN'ESTATE DI BAGORDI

**M**aurizio di Cicco con i suoi segreti tecnico scientifici e di comunicazione al paziente, per affrontare l'autunno con un viso rilassato.

Non sempre, tornando dalle vacanze, guardandoci allo specchio, ci vediamo con un aspetto sano e rilassato. Lo sguardo ha perso luminosità. Aver dormito di meno, aver avuto un'alimentazione non regolare, uno stile di vita non appropriato, il fumo, l'esposizione al sole e al vento, ha peggiorato la nostra immagine.

Notiamo la comparsa di rughe e linee sottili, occhi stanchi, pelle opaca, spenta e disidratata.

È passato un altro anno!!! Stiamo invecchiando?!

L'area del viso che per prima avverte i segni del tempo è proprio il "terzo medio", la zona periorbitale dove si nota l'accentuazione delle rughe d'espressione, la blefarocalasi e le borse sotto gli occhi.

Cosa si può fare? Ci si può rivolgere ad un medico estetico, e se questo è anche un oftalmologo è ancora meglio.

La conoscenza dell'anatomia del volto e dell'occhio, unite alla manualità e competenza chirurgica dell'oculista, lo mettono in grado di praticare con disinvoltura trattamenti per migliorare l'estetica del viso nel suo complesso, sia con terapie e protocolli di tipo iniettivo (biostimolazione, rivitalizzazione, rimodellamento delle forme e dei volumi con filler con ago o con cannula, fili di stimolazione e di trazione, tossina botulinica, pappa piastriónica, lipofilling, needling) sia non iniettivo, come i peeling esfolianti e biorivitalizzanti, anche in area palpebrale (dove di solito si tengono alla larga gli altri colleghi non oculisti);

Utilizziamo inoltre apparecchiature come l'ossigeno iperbarico, la carbossiterapia, la radiofrequenza, la cavitazione, il laser e la luce pulsata, e la più recente tecnologia che utilizza il plasma.

Tutto questo per indurre un ringiovanimento dello sguardo, alternativa sicura ed efficace ai trattamenti chirurgici della regione periorbitale.

La lassità cutanea e le rugosità di questa regione anatomica sono comuni manifestazioni dell'aging cutaneo, che si manifestano prima sulle palpebre e poi nel resto del viso, causate dal fisiologico processo d'invecchiamento.

I cambiamenti nell'invecchiamento periorbitario sono legati alla perdita di volume e in misura minore alle componenti gravitazionali.

Tornati dalle vacanze, potremmo pensare di fare un rivitalizzante a base di acido ialuronico altamente concentrato non reticolato, più una soluzione polirivitalizzante contenente 12 vitamine, 6 minerali, 5 acidi nucleici, 2 agenti riduttori, 23 aminoacidi, 6 coenzimi, il tutto in una fiala da 3 ml. Da ripetere se necessario dopo circa venti giorni.

Quando avremo perso l'abbronzatura e per tutto il periodo autunnale e invernale potremo pensare ad un peeling a base di acidi della frutta da spennellare o massaggiare su tutto il viso, collo, décolleté e mani, per rimuovere oltre le cellule morte, anche eventuali macchie solari.

Per ridare volume a un sopracciglio, che spesso non viene preso in considerazione (si guarda solo la palpebra), o per alzare uno zigomo (e non pensate a certe attrici...), anche se lievemente ptosico o se ha perso volume e fa evidenziare borse, occhiaie e solco lacrimale, è possibile usare un filler a base di acido ialuronico crosslinkato.

Per cancellare o attenuare le rughe d'espressione ci viene in aiuto il botulino (non chiamatela tossina che spaventate i pazienti).

Elimina le rughe verticali tra le sopracciglia date dalla contrazione del procerico e dei corrugatori del sopracciglio, le rughe della fronte da iperfunzione del muscolo frontale e le cosiddette zampe di gallina dovute alla iperfunzione del muscolo orbicolare dell'occhio.

Il botulino sapientemente diluito e iniettato in quantità giusta nei punti giusti non paralizza!!! Piuttosto rilassa i muscoli stressati da una iperfunzionalità, condizione che coinvolge a cascata anche la mimica facciale, un eventuale difetto refrattivo non corretto e una iposecrezione lacrimale che stimola frequenti ammiccamenti.

Fermiamoci qui. Questi tre trattamenti sono già sufficienti per far felici le nostre pazienti (ma poi perché solo al femminile?...).

Ma la medicina estetica non è solo questo...

Ne riparleremo un'altra volta!!!



Tecniche utilizzate in Medicina Estetica:

- Peeling
- Biorivitalizzanti
- Biostimolazione
- Tossina Botulinica
- Filler

Apparecchiature utilizzate:

- Radiofrequenza
- Laser
- Luce Pulsata
- Ossigeno Iperbarico
- Carbossiterapia





Stelvio Rosada

360°  
GEOGRAPHY



## "UNA GIORNATA A 360° CON..."

# PIER FRANCO MARINO

Festa della Madonna di porto Salvo a Gaeta: Sacro e profano, tra il quartiere storico di "Elena", e il mare di Gaeta.

**N**el nostro "360 YouTube Channel", abbiamo iniziato a "seguire" gli oculisti nella loro vita abituale quando ci arriva il messaggio del nostro nuovo Direttore Scientifico Pier Franco Marino, a invitarci in una giornata vorticosa tra il sacro, la processione della Madonna, e il profano, veri e propri bacchanali. E come abbiamo fatto per l'amico Vanni Bozzoni a San Benedetto del Tronto, siamo corsi a Gaeta per seguirlo ad assistere a questa bella e faticosa festa. Ci presenta subito "Patrizia e Nicola" che ci hanno fatto vivere "sante" emozioni a bordo della barca della "Cooperativa degli Ormezzatori" (un richiamo immaginario ad antichi presepì è immediato) del porto di Gaeta, i quali tradizionalmente "scortano" la statua della Madonna nella processione in mare.

Il dott. Marino ci imbarca sulla pilotina degli storici Cantieri Parente. Al timone uno dei migliori nocchieri del Golfo, Gino Iannitti, assieme al suo mozzo di evidente comprovata esperienza: Pasqua Scincariello, nomi evocativi di una antica pièce teatrale partenopea. Appena fuori dal porto, manetta e via... Come pirati, doppiamo Punta Stendardo per poi affrontare la riviera della Flacca: la **Montagna Spaccata**, fessura che la tradizione vuole si sia aperta quando Gesù esalò l'ultimo respiro, poi la **spiaggia di Serapo**, il versante sabbioso dell'Istmo di Montesecco, che unisce la penisola di Gaeta alla terraferma. Il **"Pozzo del Diavolo"**, un enorme sifone naturale che durante le tempeste soffia dal cammino superiore emettendo un sibilo sinistro. E proseguiamo superando l'Arenile dell'**Ariana**, per fermarci alle **Scissure**, con le sue caratteristiche falesie attraversate da fessure verticali.

Qui, il tipico rumore di catene, assorda il "fondo all'ancora" per un bagno in un'acqua color turchese, dai riflessi cerulei. Pier Franco Marino ci fa capire che dobbiamo ripartire in fretta. Gli "Un giorno con..." di 360 sono faticosissimi... Prua su Sperlonga, Grotta di Tiberio. Lungo la rotta siamo accompagnati dalla visione del tracciato dell'antica via Flacca romana, con i suoi terreni delimitati da mura megalitiche, affiancata dalla moderna strada costruita negli anni '60.

Puntualmente, "come una cambiale" (ci sussurra Marino), sale il "ponente", e le "palombelle", le creste di schiuma che compaiono sulle onde mosse dalle brezze, indicano una velocità del vento di circa 15-17 nodi: la barca comincia a beccheggiare. Questa cosa non ci piace e andiamo...

Invertiamo la rotta e con il vento "al giardinetto" con un'angolazione di 140-160 gradi, si fila verso le acque più calme del golfo, con la pilotina che "surfa" sulle onde sollevando alti spruzzi che ci bagnano senza pietas alcuna, nonostante il "tema" della gita. Lunghi 45 minuti e siamo finalmente dentro, buttiamo l'ancora di fronte alla Chiesa del Complesso dell'Annunziata a Gaeta vecchia: il mare "religiosamente" si calma.

Alle 5 suona l'allarme: e il nocchiere Gino ci avverte che la statua della Madonna sta arrivando. Attracciamo rapidamente accanto al peschereccio "Attila", destinato al suo "importante" trasporto che di lì a poco arriva in porto "a spalla" dei portatori, vestiti con una tipica mantellina celeste e, con "rude delicatezza", la imbarcano a poppa, con lo sguardo benedicente rivolto al mare. Uno spirito mistico s'impadronisce di Gino, che con i suoi colleghi aggan- giano Attila (incredibile la dicotomia guerraiola del nome di quel peschereccio, con la pacifica statua) e lo rimorchiano fuori dal porto, da dove autonomamente continua a navigare aprendo la processione.

Il corteo in mare è impressionante, un gironne dantesco. Decine di barche di varia stazza tra gozzi, pilotine, moto d'acqua, motovedette, gommoni, mezzi antincendio, privati, polizia, che vanno pianissimo, in uno spazio ristrettissimo e vorticosamente agitato dalle eliche. Non mancano momenti di tensione quando le barche si toccano tra loro, ma fortunatamente tutto si risolve senza danni grazie alla bassissima velocità. Comunque non c'è stato da stare tranquilli...

Le tre imbarcazioni degli ormezzatori del porto si comportano come mastini, impedendo alle altre barche di avvicinarsi per garantire l'incolumità della statua, come fosse viva. Il corteo giunge al limite del Golfo, dove viene gettata in mare la corona di alloro. Le pilotine accostano il peschereccio alla banchina per lo sbarco della statua. La tensione si stempera e parte il momento ludico della giornata. I famosi bacchanali della parte profana di questo "Un giorno con..." Si volge al crepuscolo e si punta allo specchio d'acqua prospiciente l'ex Caserma Cialdini, dove si dà l'inizio alla cena tra il buon bere e il bel danzare una bellissima musica nazionale popolare.

Ma "Capitan Gino", riserva una sorpresa a tutti e, salpata l'ancora, si dirige fuori dal golfo dove, appena scapolato il faro rosso della Scuola Nautica della Guardia di Finanza, ci troviamo immersi nel buio pesto con un cielo stellato spettacolare, che ci regala due stelle cadenti (immancabili i desideri impossibili) ed entriamo, con l'aiuto del faro di servizio della pilotina, nell'antro della Grotta del Turco, enorme, che comunica con il mare, dove la leggenda vuole si rifugiassero pirata saraceno dopo le sue incursioni: scenario emozionante e imponente! (E la Sicilia che è in noi di 360, qui, con la parolina magica "saraceno" ci fa gongolare...).

Mezzanotte, stanchi ma paghi, ringraziamo l'oculista, ma soprattutto l'amico, Pier Franco Marino con il solito motto che ha aperto questa rubrica: "Avanti tutta... Ma a 360!!!".

Rientriamo in porto con un attracco tranquillo e sicuro, ricordando una giornata mistica e religiosa, tra il sacro e il profano, con il desiderio di ripeterla, soprattutto per rincontrarci.





Marco Abbondanza

360°  
Specialty



# ESCRS 2018: CONFERME E NOVITÀ DA VIENNA



**VIENNA 2018**  
36<sup>th</sup> Congress of the ESCRS  
22-26 September  
Breda Plaza, Vienna, Austria

**U**n bel congresso, ricco di spunti, in una bella città, ricca di storia, L'ESCRS di quest'anno ha come sempre radunato non solo i colleghi del Vecchio Continente, ma di tutto il mondo. Impossibile quindi riferire di ogni presentazione, anche se probabilmente è possibile tracciare le conclusioni più importanti. Cominciando con la chirurgia della cataratta, Chee e Wong hanno messo ancora una volta a confronto l'intervento *femto* con quello *faco*, non trovando differenze significative se non nel tempo di frammentazione del nucleo in caso di cataratte molto dense, più breve con la FLACS. Schweitzer e colleghi, inoltre, non hanno rilevato alcuna differenza statisticamente significativa tra le due metodiche, giudicandole ormai del tutto paragonabili sia in sicurezza che in efficacia.

Andando con ordine, poi, molto è stato detto sulla chirurgia refrattiva. Quella intraoculare vede un impiego sempre più diffuso delle IOL Fachiche, sia a fissazione iridea (Jonker ha calcolato una durata media di 15 anni, su circa 1.000 impianti effettuati) che retro-iridea, quest'ultima con margini di sicurezza che si confermano molto elevati. Passando a quella laser, i numerosi pannelli si sono concentrati sulla SMILE e sul raffronto con PRK e femto-LASIK. I colleghi cinesi (Qin *et al.*) hanno presentato i risultati derivanti dall'enorme cifra di 12.000 interventi SMILE, riportando uno 0,2% di complicazioni, e i colleghi indiani (Thind e Nahar), con 1.000 occhi operati, hanno riportato difficoltà intraoperatorie

nei primi 50 trattamenti, mentre i colleghi europei hanno evidenziato la necessità di ritrattamenti da effettuarsi o con CIRCLE o con altre tecniche. Quanto agli immancabili confronti, è stato mostrato che la SMILE offre meno sponde alla possibilità di occhio secco dopo l'intervento rispetto alla femtoLASIK (El-Mayah *et al.*), ma, allo stesso tempo, che la PRK offre al paziente una migliore sensibilità al contrasto a parità di altri parametri postoperatori (Hu *et al.*). Al contempo, la SMILE si conferma più rapida nel recupero visivo del paziente rispetto alla PRK, mentre quest'ultima risulta più prevedibile e stabile nel tempo (Eskina *et al.*). Alió e colleghi, infine, hanno messo a raffronto l'efficacia delle tre metodiche nella correzione miopica, non riscontrando differenze significative in termini di visus, secchezza e aberrazioni postoperatorie.

Finendo col cheratocono, poi, molte sono state le conferme: il Cross-linking è efficace e consigliabile anche per i pazienti pediatrici, il suo follow-up supera ormai tranquillamente i 10 anni in molti paesi, la iontoforesi aiuta efficacemente a trattare cheratoconi progressivi e non eccessivamente aggressivi, e l'epi-on senza iontoforesi è il meno efficace. Tra le novità, le irradiazioni personalizzate nel CXL presentate da Seiler e colleghi, la possibilità di utilizzare la rosa bengala al posto della riboflavina (Wertheimer *et al.*) - già menzionata in tempi recenti su questa rivista - il numero sempre maggiore di varianti del Cross-linking e la conferma che il CXL Plus è sempre più diffuso, con protocolli combinati sempre più numerosi. Da ultimo, il ricorso sempre più comune ai trapianti lamellari di cornea a discapito dell'utilizzo della cheratoplastica perforante. Insomma, un bel congresso che ha messo assieme centinaia di persone e di idee, con molte conferme e qualche novità importante per tutti i chirurghi del segmento anteriore.

# GUARDA CHE BELLO

LA VISTA  
È UN BENE  
**PREZIOSO**  
**PER TUTTI.**  
**SCOPRI PERCHÉ!**  
#guardachebello



GRUPPO  
**GREENVISION**  
CENTRI OTTICI SELEZIONATI

Con il contributo scientifico



Seguici anche su    

Consortio Ottico Italiano Soc. Coop.  
GRUPPO GREENVISION

Via San Marco, 13 - 35129 Padova - P.IVA. 04118800376



**Jaka**<sup>®</sup>  
**C O N G R E S S I**