

FORUM su "lo cosa farei ?"

discusso dal "Gruppo della Flebologia Italiana" presente nel sito web www.facebook.com

Post n.1



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 5 Febbraio 2010 alle ore 14,31

Stefano Ermini ha pubblicato su youtube al link <http://www.youtube.com/watch?v=Zp26mJSkip8> un video di diagnostica vascolare non invasiva della durata di 5 minuti e mezzo e ha chiesto il mio e il vostro parere su cosa faremo noi. Non mi sembra il vero di iniziare una nuova discussione, che mi auguro accesa e spumeggiante come la precedente, non di commento al video, che è splendido per immagini e contenuto, ma sulla seguente domanda: "lo cosa farei in tale situazione?" Grazie tantissimo Stefano per il tuo impegno nella Formazione anche eidologica in Flebologia.

Post n.2



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 5 Febbraio 2010 alle ore 14,33

Commento stringatissimo e oltremodo sintetico: "Mi guarderei bene dal toccare quella safena".

Post n.3



[Guido Arpaia](#) ha scritto il 5 Febbraio 2010 alle ore 19,40

Da non chirurgo mi chiedo e penso: se ci sono varici pelviche non è lì che si deve andare a parare?

Ciao a tutti

Guido

Post n.4



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto il 5 Febbraio 2010 alle ore 21,09

E' indubbiamente necessario lo studio ecografico delle vene pelviche e dei loro flussi prima di ogni altra decisione di terapia. Con studio anteriore sovrapubico e con sonda transvaginale per documentare con sicurezza il tipo di reflusso o, se volete, di shunt. Con studio, ovviamente, della situazione anatomica ed anatomopatologica pelvica! un caro saluto a tutti

Post n.5



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 6 Febbraio 2010 alle ore 22,32

Sì e poi che si fa un intervento endovascolare sulle vene pelviche per una varice di gamba? Lo studio della regione pelvica con sonda sovrapubica o transvaginale si fa a paziente distesa, a che serve? Conosci il lavoro di Claude ed il canale di Alcock? Un abbraccio a tutti e grazie a Giuseppe che ci permette queste chiacchiere.

Post n.6



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 7 Febbraio 2010 alle ore 6,51

E se si andasse ad aggredire la vena all'uscita della fossa ischio rettale al di fuori del canale di Alcock nel famoso punto P del nostro amico Claude? L'aggressione può essere chirurgica o in sclerosi: a Voi la scelta. E' sufficiente di solito chiudere il punto di fuga in alto, così da rendere nuovamente continente la vena di Giacomini ed impedire che il ramo R4T si renda visibile in ortostatismo. La paziente ne sarà sicuramente contenta.

A proposito la mia scelta è per l'aggressione chirurgica nel punto giusto dopo accurata cartografia ed individuazione sotto guida ecografica e marcatura con matita dermografica (tavolo operatorio e clinostatismo) del punto P.

PS per Stefano: puoi cortesemente invitare Claude a partecipare a questa discussione, tutta incentrata sulla più fine diagnostica flebologica che abbiamo oggi a disposizione? Grazie. Giuseppe.

Post n.7



[Grazia Dipaola](#) ha scritto il 7 Febbraio 2010 alle ore 12,00

E possibile aggeredire la vena pelvica con la sclerosi. tuttavia questo potrebbe non risultare suffciente ad eliminare la varice di gamba, aspettare o trattare la varice di gamba contestualmente?

Post n.8



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto il 7 Febbraio 2010 alle ore 19,29

Lo studio ecografico della pelvi non solo serve, ma si impone in questi casi per evidenziare eventuali patologie degli organi endopelvici che non si possono escludere anche se si tratta di una giovane paziente come in questo caso.

Per quanto riguarda il canale di Alcock è ben nota la sua rilevanza nel trattamento delle anche se rare, ma fastidiosissime, nevralgie del nervo pudendo.

Siamo comunque tutti d'accordo che quella safena non si tocca!
un caro saluto a tutti

Post n.9



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 7 Febbraio 2010 alle ore 21,11

Rispondo a Giuseppe.

Chiudendo un punto di fuga si riduce pressione e portata dell'asse che alimenta, che però rimane retrogrado. Il flusso si inverte, da retrogrado a d anterogrado, chiudendo il punto di rientro.

Scrivo a Claude.

Post n.10



[Maurizio Marchetti](#) ha scritto l'8 Febbraio 2010 alle ore 19,41

due legature, perineale e ramo varicoso visibile. e che il cielo ce la mandi buona. Maurizio

Post n.11



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto l'8 Febbraio 2010 alle ore 22,03

E se si tratta di una CVM? Chronic venous malfomation? E' tutto da ripensare!

L'ultima Consensus parla chiaro! Abbracci

Post n.12



[Paolo Santoro](#) ha scritto l'8 Febbraio 2010 alle ore 23,38

Le due legature di Maurizio sono pienamente sufficienti senza l'aiuto del cielo

Post n.13



[Paolo Santoro](#) ha scritto l'8 Febbraio 2010 alle ore 23,43

Complimenti al regista veramente lodevole

Post n.14



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 9 Febbraio 2010 alle ore 8,25

Grazie Paolo per i complimenti. Vedo che il fatto di trovare un sistema "invertito" fa pensare...di fatto il caso che ho presentato altro non è che:

1. un punto di fuga

2. un asse R2 che trasmette il reflusso in distalità (in questo caso costituito da giacomini e SE)
3. una collaterale varicosa che è l'oggetto del desiderio

... e che differenza c'è con:

1. una cross SF incontinenza
2. una safena incontinenza
3. una collaterale varicosa ... ??????????

Per GIAMPIERO :

se fosse come dici tu le CVM sono endemiche... io ne opero una al mese !!!

Post n. 15



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto il 9 Febbraio 2010 alle ore 21,34

Per Stefano

Ho rivisto proprio stamattina una giovane signora con una situazione analoga che ho trattato 5 anni fa con una scleroterapia e che è a tutt'oggi esente da ripresentazioni di malattia. E' soddisfatta e contenta. E' venuta per fare una scleroterapia di teleangectasie nell'altro arto.

E' dunque vero che ci possono essere diverse interpretazioni per situazioni analoghe. Tutte con eguale buon esito !

Ma io non vorrei che le nostre posizioni fossero in contrapposizione. Perché il fine ultimo deve essere sempre quello del buon esito clinico e soddisfazione dei o delle pazienti. Il mio è un messaggio di unione e non di divisione. Continuiamo nella ricerca ma con il fine ultimo del beneficio per i pazienti nella convinzione che idee diverse non possano che unire quando si riconoscano le buone finalità ed i risultati.

Post n. 16



[Mimmo Guarnaccia](#) ha scritto il 9 Febbraio 2010 alle ore 0,19

Sclerosi con schiuma del punto P. Poi aspetterei per valutare l'inversione del flusso nella Giacomini e il ritorno alla continenza del tronco della safena esterna.

Post n. 17



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 11 Febbraio 2010 alle ore 15,31

Scusa Mimmo, l'ho già scritto, perdonami se te lo dico, ma stai facendo confusione. L'inversione di flusso si ha chiudendo il rientro, chiudendo il punto di fuga si riduce portata e pressione dell'asse venoso, cioè se ne riduce il calibro ma il flusso rimane retrogrado in diastole. Nel video del trattamento , che è già pronto, si vedono entrambe le situazioni. Appena ho un po di tempo lo metto in rete e continuiamo la discussione sulla mia strategia.

Post n. 18



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 14 Febbraio 2010 alle ore 21,29

Salve a tutti, ho messo in rete la seconda parte del video, ricordate di attivare anche l'audio. Aspetto con piacere i vostri commenti e le vostre critiche.

Un abbraccio. Stefano

Ecco il link, da fare copia e incolla, penso:

<http://www.youtube.com/user/ERSTEF#p/a/u/0/UHDEMwXPbhw>

Post n. 19



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 23 Febbraio 2010 alle ore 18,41

Ma la nostra discussione finisce così?

Post n. 20



[Mimmo Guarnaccia](#) ha scritto il 24 Febbraio 2010 alle ore 13,25

Ho visto il video del trattamento del caso e devo dire che la strategia è pienamente condivisibile. Anzi ti faccio i miei complimenti per il tipo di caso presentato perché ci hai fatto riflettere e soprattutto ci hai come al solito chiarito certi concetti di emodinamica assolutamente fondamentali per la nostra esperienza lavorativa. A presto.

Post n. 21



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto il 24 Febbraio 2010 alle ore 21,48

Al riguardo vi rimando al mio commento del 09-02.

Salutoni a tutti.

Post n. 22



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 25 Febbraio 2010 alle ore 15,02

Grazie Mimmo per i complimenti...

Mettersi in discussione e ricevere critiche aiuta a migliorare ciò che facciamo, è per questo che tengo molto ai vostri commenti.

Grazie
Stefano

Post n.23



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 3 marzo 2010 alle ore 12,18

Caro Stefano, ho avuto qualche problema di tipo informatico, leggi completa formattazione dei 2 dischi rigidi del mio computer fisso per installare una release pulita e originale di Windows 7, il che mi ha comportato alcuni gg diciamo così di pausa computeristica per ripristinare tutti i vari programmi, ma ora rieccomi qui.... ad interessarmi del Forum: non penserai che la nostra discussione sia finita o che io mi sia arreso alla tua risposta del 7 febbraio delle ore 21 e 11 o a quella data a Mimmo Guarnaccia dell'11 febbraio delle ore 15 e 31 !!

Certamente, come Tu dici e ne sono pienamente convinto, chiudendo il punto di rientro di un vaso refluyente, la corrente ematica in quella vena inverte la sua direzione ed il flusso da retrogrado diventa anterogrado.

E' come chiudere il fondo di una bottiglia, per cui il liquido (acqua, olio, sangue, poco importa la qualità) che viene giù dall'alto, trovando il fondo chiuso, riempie la bottiglia e poi.....e poi.....e poi..... dove va a finire, se dal rubinetto aperto continua a venire giù il liquido suddetto?

Mi piacerebbe attendere la tua risposta, prima di continuare nel mio ragionamento!!

Stai attento ed affila bene le tue armi.....perché si prospetta un bel duello.

Ciao, caro amico.

Giuseppe.

Post n.24



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 3 marzo 2010 alle ore 14,46

Ciao Giuseppe, sto lavorando.. appena posso ti rispondo con grande piacere!!!!!!

Post n.25



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 4 marzo 2010 alle ore 8,17

Ciao Giuseppe, visto che citi delle risposte anche io ho qualcosa in sospeso: vorrei dal gruppo una riflessione su ciò che ho scritto il 9 febbraio alle ore 8:25.

In relazione alle tue osservazioni, molte ben figate con l'esempio che hai fatto, direi che sono possibili 3 scenari (non 3 soluzioni strategiche !!) :

1) fra il punto in cui viene interrotto l'asse refluyente ed il punto di fuga non è connesso nessun vaso = in questo caso nell'asse che era refluyente non avremo alcun flusso, non avremo flusso retrogrado perchè abbiamo chiuso il rientro, non avremo flusso anterogrado perchè, pur essendo aperto il punto di rientro del flusso anterogrado sistolico (il punto di fuga), manca il motore, cioè un vaso continente sede di flusso anterogrado che faccia da spinta.

2) fra punto di interruzione e punto di fuga si trova una perforante: avremo solo un flusso retrogrado

diastolico, perchè c'è un rientro, non avremo il flusso anterogrado per i motivi di cui sopra
3) Il rientro del flusso retrogrado dell'asse passa attraverso una collaterale ed al di sotto la safena è continente (shunt 3 se c'è un punto di fuga , 2a e 2b se è un sistema defluente, cioè senza punto di fuga). Ciò che viene legato è la collaterale, quindi viene chiuso il rientro del flusso retrogrado diastolico, ma rimane un flusso anterogrado sistolico perchè c'è il motore (la safena sana sottostante) ed il punto di rientro è aperto)

Adesso si potrebbe andare avanti su quale è l'evoluzione di questi sistemi... però mi pare che invece che parlare del video stiamo degenerando in una discussione sull'emodinamica in generale. In ogni caso può essere utile guardare il video CHIVA e ASVAL il cui link ho messo in bacheca. Un abbraccio. Stefano

Post n.26



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 4 marzo 2010 alle ore 10,49

Caro Stefano, nel caso clinico da Te presentato in video mi sembra che siamo nel terzo scenario possibile, cioè il reflusso pelvico dal punto perineale P (punto di fuga) scende attraverso la Giacomini (a proposito nei post successivi faremo un bel discorso sulla Giacomini) nella safena esterna, rendendola refluyente (a crosse SP continente) per un breve tratto, fino a quando cioè il sangue non trova in via retrograda per scaricarsi nel circolo profondo in parte una collaterale refluyente con propria perforante e in parte addirittura tramite un ramo comunicante la safena interna, la rende refluyente e trova infine la perforante centrata sull'asse safenico: complimenti alla natura...che bel giro o per dirla alla francese "quel beau tour" dalla pelvi fino al polpaccio, pur di ritornare al cuore, "pardon au coeur". E allora: perché quella risposta a me e a Mimmo Guarnaccia, che volevamo strategicamente aggredire e chiudere il ramo venoso refluyente al punto P (punto di fuga)? Perché la Giacomini deve continuare a essere refluyente, se gli chiudi il rubinetto che gli manda giù il liquido (ricordi il post precedente con l'esempio della bottiglia ?).

E' vero che, rimanendo aperte la perforante centrata sulla safena interna e quella centrata sul ramo collaterale R3 (i punti di rientro del sistema), si mantiene in vita un sistema aspirativo in diastole, ma se la sistole è efficace (leggi deambulazione per i meno esperti che ci leggeranno in seguito) e soprattutto se la valvola terminale della giunzione safenopoplitea tiene, come sembra nel caso clinico in esame, la Giacomini (se è tale?) si svuota completamente nella safena interna più o meno all'inguine e dunque da dove verrebbe mai il sangue, che poi in diastole andrebbe a dilatare il ramo collaterale della safena esterna, rendendolo così varicoso e visibile al polpaccio per la paziente (ahi, ahi, poveri flebologi chiamati a dare anche una risposta

Post n.27



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 4 marzo 2010 alle ore 11,20

Dimenticavo: vuoi un commento al tuo post del 9 febbraio 2010 delle ore 8 e 25.

Tu scrivi

... e che differenza c'è con:

- 1) una cross SF incontinente
- 2) una safena incontinente
- 3) una collaterale varicosa ... ??????????

La mia risposta: nessuna differenza nel caso clinico da Te presentato tra il punto di fuga P e la crosse (perchè scrivi cross all'inglese?, non credo che Franceschi sia d'accordo)saphénienne, tra la Giacomini refluyente e la safena interna incontinente e dunque refluyente, tra la collaterale varicosa da Te citata e la

collaterale varicosa al polpaccio della paziente presentata nel video.

Quindi la risposta data nel post precedente è la stessa anche per questo medesimo post. Io penso in termini emodinamici che, chiudendo in primis il punto di fuga, il sistema perderà pure portata e pressione, come dici Tu, ma non venendo più niente dall'alto (siamo in ortostatismo ovviamente), anche se la bottiglia ha il fondo rotto, dentro la bottiglia non c'è o ci sarà scarsissima quantità di liquido, e quindi.....il fondo può essere rotto o meglio mancante quanto Tu vuoi, ma tutto ciò è ininfluente, a meno che.... a meno che non ci sia più in basso una perforante hunteriana o altre perforanti insufficienti (Van Limborgh ne ha contate 147), che alimentano il tronco safenico e quindi rendono in diastole dilatato e visibile il ramo R3 varicoso.....ma questo significa reintrodurre nella ormai famosa bottiglia l'altrettanto famoso liquido ed allora il discorso è diverso.

Qualora, viceversa, ed è qui che rientra l'estetica, la paziente non voglia proprio vedersi allo specchio quella collaterale varicosa, che tanto!! le deturpa!! la coscia o la gamba, beh allora una legaturina-sezione di quel ramo all'origine del tronco safenico non credo che faccia più di tanto impressione o paura al flebochirurgo: in fondo in fondo è pane per i suoi denti.

Un affettuoso pensiero di stima per Te, soprattutto perché la discussione tra noi 2 sicuramente non finirà qua.

Giuseppe.

Post n.28



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 4 marzo 2010 alle ore 15,00

Caro Giuseppe, forse mi sfugge qualcosa, ma mi sembra che il punto principale sia il flusso retrogrado dopo chiusura del punto di fuga. Il flusso retrogrado che rimane dopo chiusura del punto di fuga, vuoi lo shunt pelvico, vuoi la cross safeno femorale, è legato a drenaggio fisiologico di quel vaso, ed è più importante in un R2 che in un R3. Mediamente dopo esclusione del punto di fuga il calibro safenico si riduce del 30-40%. Anche dopo esclusione del punto di rientro, nel caso in cui nella safena si abbia il ripristino del flusso anterogrado si ha una riduzione di calibro, per motivi emodinamici diversi (riduzione della portata e della pressione nel 1° caso, riduzione velocità ma aumento della pressione nel secondo) ...

Quello che volevo dire con le similitudini (effetto specchio del caso che ho presentato) è perché nel caso dello shunt pelvico abbiamo avuto varie proposte di trattamento emodinamico (quella di Maurizio è quasi quello che ho fatto io) ed invece quando si parla di safena interna si ragiona in altri termini? Sicuramente ci sono altre cose di cui parlare ancora..

Anche io Ti stimo moltissimo Giuseppe, come flebologo e come persona... un affettuoso saluto a te ad tutto il gruppo. Stefano.

Post n.29



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 4 marzo 2010 alle ore 15,29

Beh, (non déh alla livornese), se la metti su questo piano, allora penso che non ci sia più discussione tra noi, in quanto anche io sono d'accordo con Te, con Maurizio, con Paolo e con gli altri che si sono orientati o si orienteranno in futuro, quando capiterà pure a loro un caso clinico simile, per le 2 legature (punto di fuga e punto di rientro).

Piccola sollecitazione a chi del Gruppo vuole mettersi in gioco, lasciando per iscritto (scripta manent, verba

volant dei padri latini) la sua idea o meglio la sua concezione emodinamica del problema varicoso: chiudendo entrambi i punti di fuga e di rientro, non si crea una galleria senza porte di ingresso e di uscita, in altre parole un segmento venoso senza sbocchi? e quel liquido che chiamiamo sangue in quel caso che farà?. La mia sensazione è che vada incontro ben presto ad una trasformazione di stato, passando da liquido a solido. Che ne pensate? Attendo Vs gradite risposte. Giuseppe.

Post n.30



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 4 marzo 2010 alle ore 16,02

Giusto Giuseppe, trasformazione inevitabile, a meno che non intervenga San Gennaro, ma non è il caso del video, dove restano dei rientri e del flusso anterogrado sistolico della SE e del flusso retrogrado diastolico della Giacomini.... rivedrò la paziente fra una decina di giorni, 3 mesi dall'intervento .. voi cosa vi aspettate?

Post n.31



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 4 marzo 2010 alle ore 16,42

Già il rientro della perforante di gamba centrata sull'asse della safena interna!! Guai a toccarla...Vi ricordate il cartello sui tralicci dell'ENEL che ora non vedo quasi più..."chi tocca i fili, muore"?

Cosa mi aspetto al controllo strumentale? Se San Gennaro non ci mette il suo sangue.... liquefatto (non siamo mica al 19 settembre), la probabile e verosimile trombosi della cosiddetta Giacomini per rallentamento del flusso fino alla stasi con solidificazione del sangue, a meno che quella che Tu fin dall'inizio hai identificato come Giacomini non sia davvero una vena intercomunicante tra grande e piccola safena di gamba.

Staremo a vedere e.....ci terrai informati: muoriamo non per aver toccato i fili dell'ENEL, ma dalla curiosità di sapere la natura come aggiusta le cose, pardon il circolo sanguigno: in fondo in fondo non ha già rimesso le cose a posto, quando l'uomo lasciando alle sue spalle il mondo dei mammiferi si è messo in piedi?

Post n.32



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 5 marzo 2010 alle ore 13,42

Giuseppe, mi sembrano considerazioni non scientifiche e non so come interpretarle.

Post n.33



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 6 marzo 2010 alle ore 0,01

Ho semplicemente risposto alla tua domanda: "Voi cosa vi aspettate?"

Ebbene mi aspetto una trombosi di quella vena, a meno che non sia per davvero la Giacomini, cioè una vena che fa comunicare la piccola con la grande safena, ed allora il discorso è diverso, essendo mantenuto il

flusso anterogrado.

Quanto a San Gennaro, avendo studiato Medicina a Napoli, so bene che il miracolo avviene il 19 settembre e non credo che oggi sia il 19, né tanto meno che siamo nel mese di settembre.

Penso, caro Stefano, di averTi dato gli elementi giusti per una corretta interpretazione del mio pensiero.

Post n.34



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 6 marzo 2010 alle ore 19,48

Va bene Giuseppe , vi farò sapere. Ad 1 mese niente trombosi, e siccome se viene è una trombosi su base emodinamica , con 20 anni di esperienza CHIVA, ti dico che è molto improbabile che arrivi.

Se riguardi il video vedrai che quella che ho identificato come Giacomini parte dalla cross safeno poplitea e sale, con decorso sempre al di sotto della fascia superficiale (è un R2) , sulla faccia posteriore della coscia, gettandosi, dopo aver ruotato sul grande adduttore , nella safena interna. Non pensavo proprio che ci sarebbero stati problemi di identificazione di una vena così chiara.

Un abbraccio. Stefano.

Post n.35



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 6 marzo 2010 alle ore 21,10

Non è sicuramente per polemica con Te o forse sì, ma ho rivisto attentamente il video e non ho ritrovato così chiaramente (come Tu dici) il collegamento in alto della vena, che chiami di Giacomini, con la safena interna. Ovviamente Tu hai in mente o meglio nel ricordo tutto l'esame diagnostico e noi solo le immagini che Tu hai messo su Youtube.

Ripeto quello che ho già scritto nel post precedente: se è davvero la Giacomini, non c'è da temere nulla, né da chiamare in causa San Gennaro. Ma se fosse un segmento della vena embrionaria, che accompagna il nervo sciatico-popliteo, allora....allora San Gennaro pensaci Tu....

Ciao caro Stefano e non volermene più di tanto, se ho portato il discorso su di un terreno "apparentemente poco" scientifico, ma Te lo avevo preannunciato nel post precedente (il n. 23 del 3 marzo), che ci sarebbe stato tra noi due un bel duello in termini di conoscenza anatomica, ecografica e perché no anche emodinamica.

Attendo la Tua prossima stoccata.....

Post n.36



[Stefano Ermini](#) ha scritto il 7 marzo 2010 alle ore 19,03

Non c'è stoccata, ma incamererò il colpo .. perchè hai ragione tu.. per non allungare ho tagliato il video delle parti che mi sembravano meno importanti, non pensavo che mi sarebbe stata contestata la natura della Giacomini. Forse Giuseppe io e te ci siamo detti un sacco di cose inutili, visto che nessun altro si è aggiunto alla discussione. tu cosa pensi?

Post n.37



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 7 marzo 2010 alle ore 21,19

Caro Stefano, un vecchio adagio, tra l'altro visto stasera anche nel TG Uno delle ore 20, recita: "quando la lotta si fa dura, io entro in lotta".

Può darsi che l'argomento della vena Giacomini non interessi più di tanto gli amici del Gruppo oppure....oppure la lotta si è fatta molto dura e.....nessuno se la sente di scendere in lizza.

Comunque, se anche questa discussione dovesse finire qui, Ti sono molto, ma molto grato, per avere solleticato i nostri circuiti cerebrali al funzionamento attivo. Discutere come abbiamo fatto noi, mettersi in gioco lasciando per iscritto nei vari siti in cui tale discussione sarà riportata le nostre idee o conoscenze, è qualcosa di entusiasmante per me, che rappresento l'Associazione Italiana dei Flebologi in Internet - AIFI in sigla.

E quale piattaforma migliore di Facebook per una bella discussione flebologica in Internet? Non siamo Noi a rimetterci, ma sicuramente coloro che per un motivo o per l'altro, non essendo attivi su FB, non possono parteciparVi.

Un sincero ed affettuoso saluto in questa serata domenicale a tutto il Gruppo della Flebologia Italiana da Giuseppe.