

**AGENZIA INTERNAZIONALE PER LA PREVENZIONE DELLA CECITÀ  
SEZIONE ITALIANA**

---

**Oftalmologia Sociale – Rivista di Sanità Pubblica**

**Direttore**

Avv. Giuseppe CASTRONOVO

**Condirettore**

prof. Corrado BALACCO GABRIELI

**Capo Redattore**

dott. Filippo CRUCIANI

**Comitato di redazione**

prof. Renato FREZZOTTI

prof. Emilio BALESTRAZZI

prof. Alfredo REIBALDI

prof. Enrico GANDOLFO

dott. Mario BROGGINI

prof. Enzo TIOLI

dott. Michele CORCIO

**COMITATO SCIENTIFICO NAZIONALE**

• prof. Rosario BRANCATO

Direttore Clinica Oculistica Ospedale San Raffaele - Milano

• prof. Mario STIRPE

Fondazione Bietti

• prof. Luciano CERULLI

Cattedra di Ottica Fisiopatologica Università di Roma "Tor Vergata"

• prof. Bruno LUMBROSO

Già Primario Ospedale Oftalmico - Roma

• prof. Vito De MOLFETTA

Già Primario Ospedale San Gerardo di Monza

**Sede operativa:**

Via G. B. Vico, 1 - 00196 Roma

Tel. 06.36.00.49.29

Fax 06.36.08.68.80

sito internet: [www.iapb.it](http://www.iapb.it)

e-mail: [sezione.italiana@iapb.it](mailto:sezione.italiana@iapb.it)



**iapb**

**Agenzia Internazionale  
per la Prevenzione della Cecità  
sezione italiana**

**costituita da:**

- UIC (Unione Italiana Ciechi)
- SOI (Società Oftalmologica Italiana)

# *Oftalmologia Sociale* rivista di Sanità Pubblica

**Contributo ordinario**

€ 16 annuo

**Contributo sostenitore**

€ 26 annuo

**Contributo benemerito**

€ 52 annuo

**Contributo di sostegno da versare sul c.c.p. 24059008 -  
intestato all'Agencia Internazionale per la Prevenzione della  
Cecità - Sezione Italiana, Via G. B. Vico 1 00196 Roma**

# Oftalmologia Sociale

rivista di Sanità Pubblica

trimestrale edito a cura dell'Agencia Internazionale per la Prevenzione della Cecità (I.A.P.B.) - Sezione Italiana

Anno XXVIII N. 2 Aprile - Giugno 2005

Reg. Trib. Roma N. 16799

Agencia Internazionale per la Prevenzione della Cecità

Sezione italiana

Via G. B. Vico, 1 - 00196 Roma

Tel. 0636004929 Fax 0636086880

Grafica: Francesco Vizzani

Stampa: Spedalgraf srl Via dello Scalo Tiburtino, 1 00157 Roma

## Hanno collaborato a questo numero:

A. Cecchi Paone; R. Frezzotti; L. Cerulli;  
B. Lumbroso; F. M. Amore; F. Moro;  
M. Pocci; F. Cruciani; R. Santoro; S. D'Angelo;  
E. Moreno; L. Papi; R. Grenga;  
G. Morichini; P.L. Grenga; M. Mannucci;  
A. Vuga Grgic; V. de Belvis; B. Boccassini

## Sommario

- 4** PREVENZIONE E RIABILITAZIONE  
*DI A. CECCHI PAONE*
- 6** EDITORIALE  
LA NON VISIONE VISTA DA UN OFTALMOLOGO  
*DI R. FREZZOTTI*  
LETTERA APERTA AL PROF. RENATO FREZZOTTI  
*DI F. TUCCI*
- 9** "INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON LOW VISION REHABILITATION AND VISUAL ABILITY" ROMA 10 - 12 MARZO 2005  
PRIMO SIMPOSIO INTERNAZIONALE SULLA RIABILITAZIONE DELL'IPOVEDENTE E SULL'ABILITÀ VISIVA  
*DI L. CERULLI*
- 11** PREMIO INTERNAZIONALE "G.B. BIETTI" CERIMONIA E PREMIAZIONI
- 15** "INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON LOW VISION REHABILITATION AND VISUAL ABILITY" ROMA 10 - 12 MARZO 2005  
LE PRESENZE INTERNAZIONALI AL CONGRESSO DELLA IAPB ITALIA  
*DI B. LUMBROSO*
- 17** 7 APRILE 2005 - GIORNATA MONDIALE DELLA SANITÀ  
MEDAGLIA D'ORO "AL MERITO DELLA SANITÀ PUBBLICA" ALL'AVV. GIUSEPPE CASTRONOVO,  
PRESIDENTE DELLA IAPB ITALIA  
*DI F.M. AMORE*
- 19** NEWS DALL'AGENZIA  
CAMPAGNA "VEDIAMOCI CHIARO"
- 20** NEWS DALL'OFTALMOLOGIA MONDIALE  
GENE FOUND TO INCREASE RISK OF THE MOST COMMON CAUSE OF BLINDNESS  
NATIONAL EYE INSTITUTE - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH
- 21** RECENSIONE  
"MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO" DI CARLO SBORGIA E NICOLA DELLE NOCI  
*DI F. MORO*
- 23** A PROPOSITO DI...  
MIODESOPSIE  
BREVI RIFLESSIONI  
*DI M. POCCHI  
DI F. CRUCIANI*
- 26** ATTI SEZIONE S.I.O.L. (SOCIETÀ ITALIANA OFTALMOLOGIA LEGALE)  
ROTTURA DELLA CAPSULA POSTERIORE: IMPERIZIA O COMPLICANZA?  
*DI F. CRUCIANI, R. SANTORO, S. D'ANGELO, E. MORENO*  
LA C.T.U. IN OFTALMOLOGIA: PROBLEMATICHE ATTUALI  
*DI L. PAPI*  
IL DISTACCO DI RETINA POST TRAUMATICO. CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI  
*DI R. GRENGA, G. MORICHINI, P.L. GRENGA*
- 46** LAVORI SCIENTIFICI  
DIAGNOSTICA RADIOLOGICA DELLE VIE LACRIMALI ESCRETICI  
*DI M. MANNUCCI, A. VUGA GRGIC*  
LA RETINOPATIA DA RADIAZIONI: COMPLICANZA OCULARE TARDIVA DA RADIOTERAPIA  
*DI V. DE BELVIS, M. MANNUCCI, B. BOCCASSINI*

# Inizia una collaborazione di autorevoli firme del giornalismo italiano con la rivista di Oftalmologia Sociale. E' la volta di Alessandro Cecchi Paone

“D

immi, come sono i colori? Prova a descrivermeli...” mi chiedeva con un sorriso Manolo, un mio compagno di giochi non vedente. Lasciandomi ogni volta senza parole. E facendomi capire, fin da bambino, quale meraviglioso dono fosse la vista.

Oggi, a distanza di anni, sono felice di sapere che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con l'aiuto della Sezione italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità (IAPB Italia), grazie al progetto Vision 2020: the right to sight, si sta impegnando per eliminare la cecità evitabile nel mondo entro il 2020.

Un progetto davvero impegnativo, se si considera che attualmente ci sono 37 milioni di non vedenti (il 90 per cento dei quali è concentrato nei Paesi più poveri).

Mi auguro che chi ha il potere di farlo decida presto di utilizzare tutte le armi che abbiamo a disposizione in difesa della vista. Per esempio gli Ogm, organismi geneticamente modificati. Nel Sud Est

asiatico, dove il riso è l'alimento principale, il 70 per cento dei bambini sotto i cinque anni soffre di carenza di vitamina A, che spesso causa la cecità. Alcuni ricercatori hanno prodotto un riso geneticamente modificato, il Golden Rice, particolarmente ricco di betacarotene, che il nostro corpo trasforma in



vitamina A. Una dose dai 20 ai 40 grammi al giorno di una recentissima varietà di questo riso, il Golden Rice 2, favorirebbe di sicuro la crescita sana dei bambini del sud est

asiatico. Il Golden Rice 2 è stato appena distribuito nelle Filippine, perché venga incrociato con le varietà locali. Entro pochi anni dovrebbe essere coltivato. Spero che questo accada davvero e che altri stati seguano l'esempio delle Filippine. Per il bene di tutti i bambini e dei loro occhi.

Se il numero dei non vedenti nel mondo è altissimo, ancora più preoccupanti sono le stime che riguardano gli ipovedenti (cioè coloro che, pur non avendo perso del tutto la vista, soffrono di grave deficit visivo): secondo l'OMS, oggi sono 124 milioni, ma nel 2015 saliranno a 220 milioni. In Italia attualmente sono un milione e mezzo.

Diverse le cause di questa crescita esponenziale: innanzitutto l'aumento della popolazione. Poi l'allungamento della vita, visto che l'ipovisione sopraggiunge spesso con l'avanzare dell'età. Infine i progressi dell'oftalmologia, per cui gravi patologie, che un tempo determinavano la cecità, oggi riescono a essere

bloccate prima che venga compromessa definitivamente la vista.

Le strategie per affrontare questo grave deficit visivo? La IAPB Italia batte due strade: la prevenzione e

“

***Prevenzione e riabilitazione, dunque,  
perché tutti abbiamo il dovere e il diritto di salvaguardare la vista;  
probabilmente il più essenziale dei cinque sensi***

”

la riabilitazione.

Prevenzione, innanzitutto, perché si è provato che nel 40 per cento dei casi le patologie causa di ipovisione si sarebbero potute prevedere; e perché in molti altri, agendo tempestivamente, si sarebbe potuto evitare che l'ipovisione si trasformasse in cecità. Ecco dunque che sono fondamentali i controlli oculistici. Raccomandazione non scontata, se si considera che in Italia circa il 50 per cento delle persone non si è mai recato dall'oculista e che molti, se sopraggiunge un disturbo alla vista, preferiscono chiedere un parere all'ottico.

La prevenzione, però, da sola non basta. Bisogna concentrarsi anche sulla riabilitazione. Perché, come ama ripetere l'avvocato Giuseppe Castronovo, presidente della IAPB Italia, "se il sogno di una persona

che non vede è quello di riacquistare la vista, il sogno di un ipovedente è quello di non diventare mai cieco".

La riabilitazione è fondamentale per quanto riguarda l'ipovisione, che tende spesso a deprimere il malato, a farlo sentire solo e dipendente dagli altri.

Fino a qualche anno fa, in Italia nessuno parlava di riabilitazione visiva, a differenza di quanto succedeva per esempio nel nord Europa, molto spesso più avanti di noi nella politica sociale. Oggi, anche nel nostro Paese ci sono centri in cui oftalmologi, ortottisti, ottici, psicologi, personale paramedico... studiano il paziente, gli prescrivono ausili ottici, lo seguono nel suo training... Lo aiutano insomma a utilizzare al meglio la sua vista e a condurre una vita il più possibile

normale. Una via, quella della riabilitazione, ancora troppo poco percorsa.

Non dimentichiamoci che quattro ipovedenti su dieci sono giovani e che solo il 14 per cento di chi ha questo problema trova un lavoro. E gli altri? Incoraggiati e aiutati da una corretta riabilitazione, potrebbero mettere a frutto la loro professionalità, soprattutto oggi, nell'era dell'informatica. Potrebbero realizzarsi, sentirsi utili, uscire, avere amici, vivere...

Prevenzione e riabilitazione, dunque, perché tutti abbiamo il dovere e il diritto di salvaguardare la vista; probabilmente il più essenziale dei cinque sensi, se pensiamo che ben l'80 per cento delle informazioni che arrivano al cervello passa proprio attraverso i nostri occhi.

**Alessandro Cecchi Paone**



# La non visione vista da un Oftalmologo

R. Frezzotti

*Democrito di Abdera si strappò gli occhi per pensare;  
il tempo è stato il mio Democrito.  
Questa penombra è lenta e non fa male;  
scorre per un mite pendio  
e somiglia all'eterno.*

Jorge Luis Borges, "Elogio dell'ombra", 1967

Non si può affermare una centralità esclusiva dell'Oculista nella folla dei problemi della invalidità visiva, ma è pur vero che non visione e ipovisione sono temi nati e decollati come ambito disciplinare adiacente a quello della Oftalmologia. In una sorta di epicrisi ciò è comprensibile in quanto all'Oculista competono i momenti e i compiti della prevenzione primaria e secondaria, delle terapie che egli gestisce e delle quali constata, primo tra tutti, i limiti e gli insuccessi; egli è il suggeritore in prima istanza di ausili tecnologici opto-elettronici e delle competenze per la rieducazione. Inoltre, con l'aggiunta di qualche sforzo e applicazione, l'Oculista può comprendere meglio di altri le fenomenologie dei processi cognitivi, della vicariazione cognitiva, della differenza tra l'handicap visivo acquisito o "successivo" e quello dalla nascita, della significativa propensione in questi alla "comunicazione tattile": è evidente che tale cultura è fondamen-

tale per chi fa ricerca o pratica di procedimenti rieducativi. E' anche vero che è dagli Oftalmologi che sono stati offerti al legislatore e agli amministrativi i principi dottrinari delle categorizzazioni della gravità della menomazione e, come più di recente, è da loro che si insiste sulla necessità di integrare le quantizzazioni con le graduazioni delle menomazioni della visione periferica, in binocularità, sulla scia di Eastermann.

A fronte di ciò è inevitabile dovere allargare l'orizzonte e ricordare che malati di occhi e cecità hanno riscosso rilevante attenzione nella nostra civiltà occidentale già da diversi secoli: monumentali concrete testimonianze sono ad esempio numerose pie istituzioni, ospedaliere come il Quinze-Vingts e il Moorfields, o di assistenza e tutela, esemplare l'Istituto per Ciechi di Milano, secondo dopo quello di Parigi di Haüy. Nelle arti figurative non posso esimermi dal ricordare la intonazione realistica, triste, amplificata de "la parabola dei ciechi" di Pieter Bruegel. In questo contesto, nella comune considerazione vive ancora oggi un anacronistico stereotipo del non vedente che emotivamente viene considerato con un misto di imbarazzo, compassione,

rispetto, ammirazione: ciò nei loro riguardi innesca sentimenti che sono in fondo naturali e lodevoli, ma impropri, in uno slancio, in un tentativo a sovrapporsi commiserevolmente a loro. Nella comune considerazione inoltre l'espressione "non vedente" evoca come figura esemplare e tipica il Centralinista. La legge 113/85 imponeva in realtà alle aziende di assumere centralinisti non vedenti e statistiche degli anni successivi documentavano in effetti che il 75% dei non vedenti lavorava come centralinista, confinando in un misero 10% la quota degli insegnanti, professionisti, musicisti e genericamente dediti ad attività intellettuali. Ma oggi, a parte la rivoluzione tecnologica della telefonia anche in fatto di connessioni, identificare il non vedente attivo nel mondo del lavoro nella figura del Centralinista equivale a idealizzare l'Agente 007 nella figura e nella dimensione professionale dei "bravi" di don Rodrigo e dell'innominato. Sensazioni di qualità



“

***La maggioranza degli handicappati della vista sono bene motivati a confrontarsi con il mondo dei vedenti affermando la loro indisponibilità a conformarsi a ruoli di sapore subordinato e di ridotta capacità loro tradizionalmente assegnati***

”

"deamicisiana" non sono solo della gente, ma anche degli Oculisti - almeno nella migliore delle ipotesi - per i quali motivo e momento si sostanziano o alla conclusione negativa, inevitabile, (talvolta scontata), di un processo terapeutico, oppure nel triste "non si può fare nulla" al momento della ennesima consultazione di appello. Situazioni che sono di indiscusso coinvolgimento emotivo e commotivo, correlato ovviamente con il potenziale di "pietas" dell'Oculista-uomo.

A rendere anacronisticamente oleografico tutto questo diffuso sentire è la più recente scoperta che la maggioranza degli handicappati della vista sono bene motivati a confrontarsi con il mondo dei vedenti affermando la loro indisponibilità a conformarsi a ruoli di sapore subordinato e di ridotta capacità loro tradizionalmente assegnati, configurando l'obbligo squisitamente attuale per noi di aiutarli ad essere indipendenti e ad esprimersi appieno. Parità quindi e non commiserazione: non è sufficiente limitarsi ad aspetti settoriali anche se rilevanti, ma occorre aprirsi ad una visione

“

***Parità quindi  
e non commiserazione***

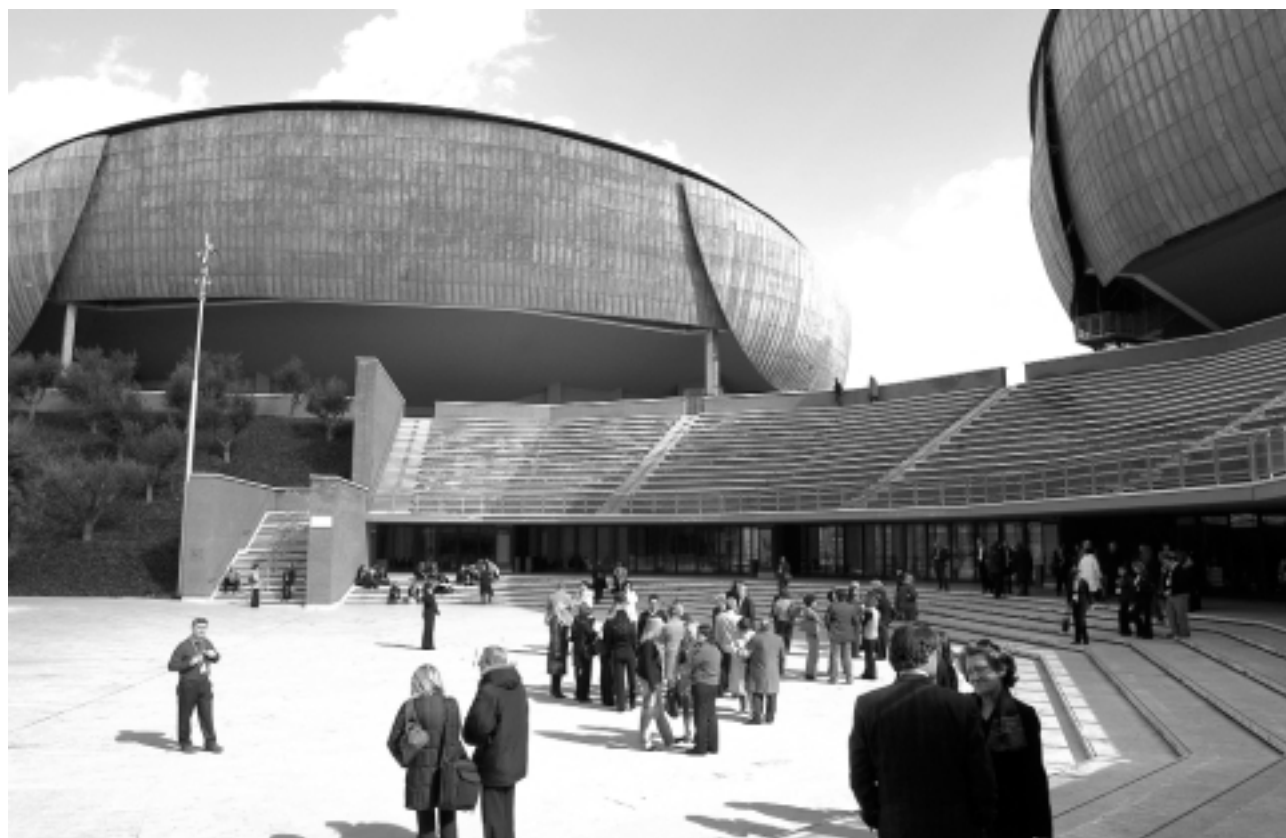
”

del problema più coinvolgente e più globale, che contempra le vie al soddisfacimento dei diritti di paritario godimento della scuola e della formazione, della pratica di attività sportive e ricreative, infine di un intelligente e scorrevole inserimento lavorativo, nel rispetto delle aspettative e per non perdere un potenziale umano e intellettuale.

L'importante Simposio internazionale tenutosi recentemente a Roma, organizzato dalla Sezione Italiana dell'Agencia Internazionale per la Prevenzione della Cecità, ha sanzionato non solo la caratterizzante multidisciplinarietà del problema, ma che accanto all'ampio ventaglio di competenze tecnico-scientifiche, altrettanto indispensabilmente occorre il coinvolgimento del potere

normativo, del mondo del lavoro, sindacati, imprenditori, amministratori, anche se queste partecipazioni appaiono ancora non ottimalmente sensibili e implicate.

Questo è e sarà il progresso nei problemi dell'handicap visivo e io credo che gli Oculisti siano fieri del loro ruolo di iniziatori, di catalizzatori, di consulenti tecnico-scientifici e che al tempo stesso siano consapevoli di essere solo una pedina, anche se importante, in uno scacchiere complesso ed eterogeneo. E' una prospettiva di progresso promettente, perché poggia su di una evoluzione culturale oltre che sociale. Le stagioni letterarie, che precorrono le interpretazioni del mondo, lo avevano già percepito e disegnato nel susseguirsi delle culture: dal "meglio morire che vivere cieco" di Sofocle, di una durezza dorica, allo struggente, mediterraneo "no hay en la vida nada como la pena de ser ciego en Granada" dell'andalus de Icaza, alla contemporanea maturata e serena accettazione di Jorge Luis Borges di altissima dignità, questa davvero degna oggi della nostra commossa ammirazione.



**Riceviamo e pubblichiamo volentieri**

## Lettera aperta al Prof. Renato Frezzotti

Caro Renato,

leggo sempre con attenzione i tuoi scritti e prendo spunto dall'editoriale pubblicato sul n° 1/2005 di *Oftalmologia Sociale*.

Inutile dirti che sono totalmente d'accordo con te sui contenuti filosofici che riguardano la nostra professione. Il sottotitolo "riflessioni di un ottuagenario" potrebbe dar luogo ad equivoci interpretativi: ottuagenario o no sono riflessioni di un uomo saggio e di un maestro sempre stato accorto ad ogni aspetto della nostra vita lavorativa.

Il contenuto dell'editoriale mi dà lo spunto per due o tre riflessioni che per nulla contrastano con quanto tu affermi.

La prima di queste riguarda il finale del "grassetto" in cui riporti il pensiero di quel direttore sanitario piemontese, valido solo nella prima parte quando auspica che i medici curino di più le cartelle cliniche. Non è certo il finale della frase "più che il paziente" che mi trova d'accordo.

Ma per quei pochi che, come me, praticano oltre che la oftalmologia clinica anche quella legale è un vero

tormento interpretare i contenuti di una cartella clinica quando il collega citato, il paziente presunto danneggiato o il Giudice ci pongono i quesiti di rito per esprimere l'esclusione o l'esistenza di un danno e probabilmente di una responsabilità professionale.

In una casistica personale l'80% delle cartelle mi hanno posto seri dubbi interpretativi, sia per la grafia che per i contenuti scarni ed assolutamente incompleti.

La cartella clinica è un documento ufficiale che, quando incomprensibile, pone il collega che l'ha redatta e spesso anche il Primario del reparto al rischio di essere coinvolto sia penalmente che civilmente in una vertenza che gli farà perdere il sonno. Un richiamo ad una maggiore attenzione non è quindi una critica malevola, ma un amichevole invito.

Il secondo punto riguarda il consenso informato cui ho dedicato molte delle mie riflessioni medico-legali e cui solo le Corti maggiori hanno attribuito quella attenzione che ha permesso loro di dare le indicazioni che sembra restino un fatto puramente accade-

mico stando ai giudizi di merito dei giudici monocratici. Una "pacchia" per chi ne tiene poco conto, ma un'arma a doppio taglio se il danneggiato decide di ricorrere in Appello o addirittura in Cassazione perché è lì che i "principi" enunciati non diventano acqua.

Ultima riflessione me la offre il tuo passaggio quando citi la frase di Cesare Marchi che afferma essere i vecchi pessimisti sul futuro ed i giovani sul passato.

Chi come te e me è stato in passato protagonista della vita professionale, come fa a non essere pessimista – a ragion veduta – sul futuro di una oftalmologia rissosa e gestita con criteri tipicamente "moderni"?

E davvero i giovani guardano senza rimpianto ad un passato denso "di valori etici e culturali...dei valori scientifici e dello stile professionale di allora"?

A giudicare da un risveglio di coscienza che mi pare sia nell'aria, direi proprio di no!

Sempre col solito affetto e stima che sai.

**Franco Tucci**



# Primo Simposio Internazionale sulla riabilitazione dell'ipovedente e sull'abilità visiva

L. Cerulli

**S**e non ricordo male, un giorno di maggio del 2004 il Presidente Castronovo, in occasione di una riunione del Comitato scientifico della Sezione Italiana della IAPB, ha lanciato l'idea di organizzare un simposio internazionale sulla riabilitazione del paziente ipovedente da tenersi nel marzo dell'anno successivo. Come dire: facciamo in meno di un anno quello che normalmente si fa in due anni di lavoro. Inoltre, a poca distanza di tempo, c'era un Congresso internazionale sullo stesso tema organizzato in Gran Bretagna. In sintesi una sfida quasi impossibile! Quando poi è stato fatto il nome del Prof. Lumbroso ed il mio come responsabili scientifici, confesso di avere avuto un tuffo al cuore. Ora il Simposio è alle nostre spalle e le presenze dei partecipanti, la qualità dei relatori presenti ed il livello delle relazioni presentate stanno a dimostrare che il miracolo si è compiuto. Tutto ciò grazie al travolgente entusiasmo del nostro Presidente, alla lucidità ed alla lunga esperienza del

Prof. Lumbroso ed al contributo del Consiglio Direttivo e del Comitato Scientifico tutto.

In sintesi: 16 nazioni rappresentate per 595 partecipanti ai lavori del Simposio, 47 relatori provenienti dall'Italia, dall'Europa, dal Sud America, dagli Stati Uniti e dall'Africa, una tavola rotonda sul tema “lavoro ed ipovisione”, organizzata in collaborazione con il Comitato scientifico della Commissione Internazionale di Medicina del Lavoro, una tavola rotonda sul tema “ ipovisione ed attività lavorativa in Italia “ alla quale hanno partecipato il Sottosegretario al Ministero della Salute On. Corsi, la CGIL, la CISL e la UIL, la Confindustria, il Ministero delle attività produttive, il Ministero del lavoro, il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute oltre, naturalmente, all'Unione Italiana Ciechi ed alla Sezione Italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità e dieci Corsi monotelatici.

Per chi non ha avuto la fortuna di partecipare, va innanzitutto chiarito quali sono state le linee guida scientifiche che hanno sotteso ai contenuti scientifici.

Da una parte, si è ritenuto di offrire una panoramica delle tecniche di

riabilitazione così come sono praticate nei vari Paesi, sia per quel che concerne l'età evolutiva che l'età adulta, anche alla luce delle più moderne tecnologie (microperimetria, esami elettrofunzionali etc.); dall'altra si è voluto introdurre il tema dell'abilità visiva.

Tale concetto costituisce una novità nell'ambito delle tematiche che interessano l'oftalmologia in generale e la riabilitazione in particolare.

Poiché è elemento ormai acquisito che la visione è un fenomeno complesso che può essere potenziato con metodiche riabilitative, ne deriva che le prestazioni visive di un soggetto normale possono essere ottimizzate con inimmaginabili vantaggi per la sicurezza nel mondo del lavoro, nell'ambito della prevenzione degli incidenti domestici e nel campo dell'ottimizzazione delle prestazioni lavorative.

Se il training visivo in soggetti normovedenti o comunque non includibili nell'ambito della definizione di Legge come “ ipovedenti “ ha tali capacità, ciò comporta un notevole risparmio della spesa sanitaria, un vantaggio economico per l'industria ed un miglioramento della qualità di vita.

“

**16 nazioni rappresentate per 595 partecipanti ai lavori del Simposio,  
47 relatori provenienti dall'Italia, dall'Europa,  
dal Sud America, dagli Stati Uniti e dall'Africa,  
una tavola rotonda sul tema “lavoro ed ipovisione”...**

”



Al di là dei risultati scientifici del Simposio non possiamo non ricordare la cerimonia inaugurale alla quale hanno partecipato Sua Eminenza il Cardinale Xavier Lozano Barragàn del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, il Ministro Sirchia, il Vice-Sindaco di Roma Dott.ssa Maria Pia Garavaglia, il Presidente della Società Oftalmologia italiana Prof. Corrado Balacco Gabrieli, il Presidente dell'Unione Italiana dei Ciechi Prof. Tommaso Daniele.

Nel corso della cerimonia inaugurale, il Presidente Castronovo ha consegnato i premio internazionale G.B. Bietti al Ministro Girolamo Sirchia, al Prof. Mario Stirpe della Fondazione Bietti, al Dr. Serge Resnikoff, Direttore del programma prevenzione cecità e sordità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed al dr. Bruce Rosenthal della Lighthouse International.

Per i meriti acquisiti nell'ambito della prevenzione della cecità, hanno ricevuto una targa Massimo Giletti e Michele Mirabella che ha inoltre condotto la cerimonia inaugurale con lo stile ed il garbo che

“  
**Si è voluto introdurre  
il tema dell'abilità visiva.  
Tale concetto costituisce  
una novità nell'ambito  
delle tematiche  
che interessano  
l'oftalmologia in generale  
e la riabilitazione  
in particolare**  
”

sempre lo contraddistinguono.

Credo doveroso rivolgere un sentito ringraziamento al Ministro Martino che ha concesso le sale di Palazzo Barberini per la cena di gala, agli Sponsor che hanno, con il loro contributo, reso possibile la realizzazione del Simposio (Unione Italiana dei Ciechi, Federazione Nazionale delle Istituzioni pro Ciechi, Biblioteca Italiana per i Ciechi “Regina Margherita”, Istituto dei Ciechi di Milano, NewTech, Soof Italia, Nidek Medical, Argos, Novartis, Alfa Intes,

Merck-Sharp and Dohme, Alcon, Sifi ) ed alla Triumph Congressi che con passione e professionalità ha curato l'organizzazione dell'evento.

A conclusione del Simposio non possiamo non fare dei bilanci e chiederci se gli obiettivi che ci eravamo posti nell'accettare questa sfida sono stati raggiunti.

L'elevato numero dei partecipanti provenienti da numerosi Paesi ed il prestigio dei Relatori che hanno voluto accettare il nostro invito ci lusingano e ci gratificano.

Come sempre, nel mio carattere, sono però portato più a cercare quello che non siamo riusciti appieno ad ottenere per migliorare nel futuro.

A nostro avviso non siamo riusciti a coinvolgere, per quanto avremmo voluto, il mondo oftalmologico nazionale che non appare, come a nostro avviso dovrebbe, eccessivamente interessato al tema della riabilitazione dell'handicap visivo.

Credo che su questo aspetto dovrà meditare il Comitato Direttivo della sezione italiana della IAPB ed indirizzare maggiori sforzi per sensibilizzare gli oculisti italiani.

Consentitemi infine di ringraziare Bruno Lumbroso per il fraterno, appassionato e terribilmente efficace aiuto che ha profuso nell'organizzare e diffondere il Simposio.

Lavorare con lui è stato non solo un piacere per il tratto che lo contraddistingue ma anche fonte di apprendimento.

All'avv. Castronovo va un ringraziamento particolare perché ha veramente gettato il cappello al di là del muro, sostenuto solo dalla fiducia che saremmo riusciti a scavalcarlo ma è riuscito a mediare, incoraggiare, coordinare, coinvolgere Autorità, Collegli universitari ed ospedalieri, Personalità del mondo scientifico internazionale. Uno tsunami in positivo che ha travolto ogni difficoltà ed ogni problema con appassionato amore per la riabilitazione.

Il suo progetto prossimo venturo?

Il 2° Simposio Internazionale da organizzare nel prossimo futuro.

Siete già invitati a partecipare numerosi!



## ***Cerimonia di inaugurazione***



La cerimonia di premiazione si è svolta il giorno 10 marzo 2005 in occasione dell'International Symposium on Low Vision Rehabilitation and Visual Ability presso l'Auditorium Parco della Musica di Roma, realizzato recentemente dal Comune di Roma su progetto di Renzo Piano.

Presentatore d'eccezione è stato *Michele Mirabella*.

Tra le numerose autorità presenti ricordiamo:

*Maria Pia Garavaglia*, Vice Sindaco di Roma;

*Tommaso Daniele*, Presidente UIC;

*Rodolfo Mastro*, Commissario Straordinario

Istituto dei Ciechi di Milano;

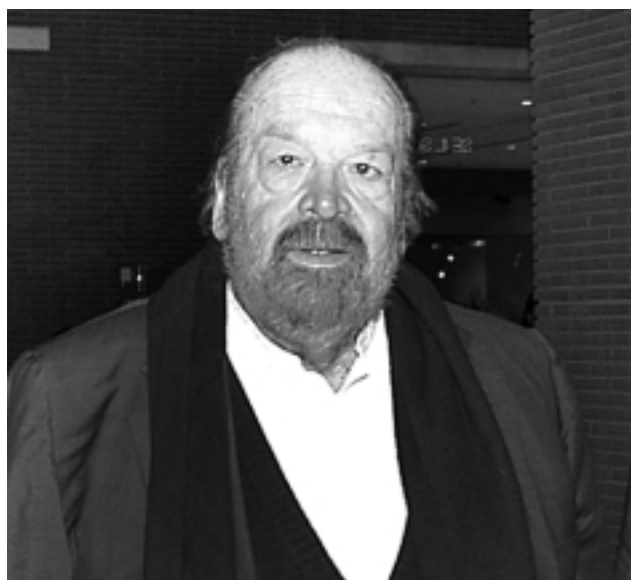
*Corrado Balacco Gabrieli*, Presidente SOI;

*Alberto De Roberto*, Presidente del Consiglio di Stato;

*Ing. Mauri*, Rappresentante della Confindustria;

*Massimo Gilletti*, noto presentatore televisivo;

*Bud Spencer*, testimonial IAPB.



**La Direzione Nazionale della IAPB Italia ha istituito, a partire dal 2005,  
il PREMIO INTERNAZIONALE "G. B. BIETTI"**

**da assegnare a coloro che si sono distinti nella prevenzione  
delle malattie oftalmiche causa di cecità. Per il 2005 sono stati premiati:**

**Il Prof. Mario Stirpe, il Prof. Girolamo Sirchia, il Dr Serge Resnikoff, il Dr Bruce P. Rosenthal**

**Al caro professor Mario Stirpe**

per il Suo grande contributo all'oftalmologia italiana e internazionale, per la sua determinante azione per la realizzazione della Fondazione intitolata a G.B. Bietti, in nome del quale continua ad essere guida illuminata ed esempio per i giovani oftalmologi; per la sua grande umanità e sensibilità verso i minorati della vista; per il suo appassionato impegno verso la prevenzione della cecità in Italia e nel mondo. Con stima, riconoscenza e cordialità,

*avv. Giuseppe Castronovo  
Presidente dell'Agenzia internazionale  
per la prevenzione della cecità  
Sezione italiana*



**Al carissimo prof. Girolamo Sirchia,  
Ministro della Salute**

uomo sensibile e corretto, disponibile sempre verso i più deboli e i più bisognosi;  
per la sua ben nota e apprezzata attività istituzionale in favore della prevenzione delle diverse patologie, in particolare per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva in Italia e nei paesi in via di sviluppo;  
per la sua attività di insigne studioso e per il suo eccezionale contributo per il radicale cambiamento di costumi sociali in favore della salute pubblica. Con stima, cordialità e riconoscenza

*avv. Giuseppe Castronovo  
Presidente dell'Agenzia internazionale  
per la prevenzione della cecità  
Sezione italiana*





**To Dr. Serge Resnikoff**

for his strong commitment, his human and professional dedication to the prevention of blindness, particularly in the world's poorest areas, as well as for the impressive results obtained in many years dedicated to improving eye care delivery in the world, with appreciation and gratitude,

*Agenzia internazionale  
per la prevenzione della cecità  
Sezione italiana  
Giuseppe Castronovo, Chairman*

**To Dr Bruce P. Rosenthal**

eminent expert and researcher in low vision rehabilitation, for his important works and studies in this field and his human and professional dedication to eye care, with great appreciation and gratitude.

*Agenzia internazionale  
per la prevenzione della cecità  
Sezione italiana  
Giuseppe Castronovo, Chairman*



## PREMIO INTERNAZIONALE "G. B. BIETTI"

---

Una targa di benemerenzza è stata assegnata a:

*Michele Mirabella*

per aver saputo rendere interessan-

te al grande pubblico con personissimo stile e professionalità i temi della medicina e delle prevenzione anche della cecità.

*Massimo Gilletti*

per la straordinaria sensibilità, il suo concreto impegno e l'effettivo sostegno a favore della salvaguardia della vista e dell'opera della IAPB.



Hanno inviato, in quanto impossibilitati a partecipare alla cerimonia, una lettera di augurio:

*On. Giovanni Letta*, Sottosegretario

Presidenza del Consiglio dei Ministri;

*Antonio Fazio*, Governatore della Banca d'Italia;

*Sen. Tommassini*, Presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato;  
*Giuseppe Drago*, Sottosegretario di Stato agli Affari Esteri



# Le presenze internazionali al Congresso della IAPB Italia

B. Lumbroso

**I**l Congresso organizzato dalla IAPB Italia, che ha avuto luogo all'Auditorium Parco della Musica di Roma i giorni 10-12 Marzo 2005, è stato un grande successo per l'altissimo livello e la qualità delle comunicazioni presentate e per la personalità dei relatori, richiamando l'attenzione di circa 600 partecipanti. Un punto da focalizzare è che oltre 100 di queste presenze provenivano dall'estero, evento molto raro nei congressi organizzati in Italia da italiani. Tutti gli altri convenuti hanno giustamente notato, durante le sedute e negli intervalli, il tono internazionale del convegno. Di questi stranieri 60 provenivano dalla Francia e 26 dai Paesi del Nord Africa e del Mediterraneo, in particolare un cospicuo gruppo proveniva dalla Tunisia e dall'Algeria ma anche dalla Libia, Turchia e Spagna. I nord Africani, escluso il Dr. Trabelsi di Tunisi, erano quasi nuovi al concetto di riabilitazione visiva e di ipovisione ed hanno accolto l'idea con entusiasmo prendendo appunti sia nelle sedute plenarie che durante i corsi satellite di insegnamento. Il loro entusiasmo ha coinvolto l'Avv. Giuseppe Castronovo e me e insie-

me a loro, abbiamo deciso di organizzare un gruppo di lavoro sull'ipovisione tra Italia e Paesi del Maghreb, gruppo che dovrà occuparsi dell'organizzazione di incontri e corsi atti a creare una collaborazione fra i Paesi del nord e sud del Mediterraneo nella prevenzione della cecità e riabilitazione visiva.

Una simpatica cena ha riunito i partecipanti nord-Africani, gli organizzatori ed il Prof. Bruce Rosenthal, entusiasta di vedere finalmente l'interesse di questi Paesi rivolto verso la riabilitazione visiva.

La presenza dei Francesi è stata alta, soprattutto da parte degli ortottisti provenienti da Parigi, Bordeaux, Tolosa.

Punto di rilievo è stata la rappresentazione scientifica e tecnica di molte grandi ditte di ottica, come la Lissac e l'Essilor, che hanno richiesto informazioni sui probabili sviluppi della riabilitazione visiva, sulle apparecchiature per la diagnosi e la cura dell'ipovisione e sul futuro degli ausili ottici.

Presenti anche i Direttori dei due grandi centri francesi di riabilitazione visiva con ricovero, il Prof. Brillard ed il Generale Corbé.

Per quanto riguarda i relatori, impressionante è stato il numero di eminenti personalità nel campo dell'ipovisione e della riabilitazione visi-

va in questa eccezionale riunione. Da segnalare la partecipazione di altissime personalità italiane, e citerò Silvano Abati, Mario Angi, Corrado Balacco Gabrieli, Mario Broggin, Luciano Cerulli, Massimo Cesareo, Renée Crouzet-Barbati, Benedetto Falsini, Enrico Gandolfo, Giulio Giacomelli, Paola Iorio, Renato Meduri, Emilio Balestrazzi, Filippo Cruciani, Francesco Mennini, Luca Pancalli, Bruno Piccoli, Giancarlo Falcinelli, Cristina Martini.

Vorrei invece sottolineare come sia stata unica la presenza, in una singola riunione, di specialisti del massimo livello nella ipovisione.

Serge Resnikoff dell'OMS di Ginevra - insignito del premio Bietti - ci ha parlato dell'epidemiologia dell'ipovisione. Lars Svenson (Svezia), ha insistito su un punto non sempre approfondito, cioè sugli aspetti economici della riabilitazione visiva. Bruce Rosenthal, Direttore della Lighthouse di New York e maggiore specialista mondiale dell'ipovisione e dell'insegnamento della riabilitazione, ha parlato di riabilitazione globale negli ipovedenti e ricevuto il premio G.B. Bietti. Avinoam Safran di Ginevra, che per primo ha descritto la plasticità cerebrale e sviluppato questo concetto ormai universalmente accettato, ha spie-

“

***Di questi stranieri 60 provenivano dalla Francia  
e 26 dai Paesi del Nord Africa e del Mediterraneo,  
in particolare un cospicuo gruppo proveniva dalla Tunisia e dall'Algeria  
ma anche dalla Libia, Turchia e Spagna***

”

gato come, nell'ipovisione, i neuroni cerebrali riescano a completare certe immagini ed intervengano nel meccanismo della riabilitazione. Christian Corbé, Direttore del Centre des Invalides di Parigi, ha esposto gli approcci multidisciplinari attuati nei centri che dipendono da lui. Donald Fletcher di San Francisco, che ha insegnato a tutti noi lo studio del punto di fissazione eccentrica, ha esposto i risultati più recenti delle sue ricerche. Jorgen Gustafsson di Stoccolma, ha parlato della valutazione della fissazione eccentrica. Lea Hyvarinen, la migliore specialista di ipovisione pediatrica, ha precisato le indicazioni degli interventi precoci riabilitativi e della educazione speciale dei bambini. Ahmed Trabelsi ci ha fatto conoscere lo stato della riabilitazione visiva in Africa del nord e Medio Oriente ed illustrato le attività delle organizzazioni non governative tunisine in questo campo. Tim Carter, inglese, e Tom Stewart hanno parlato di ergonomia per gli utilizzatori ipovedenti di computer e le richieste visive per ottenere la possibilità, per

“

***Sia per i relatori  
che per i convenuti,  
la componente  
internazionale  
di alto livello  
ha contribuito  
ad assegnare a questo  
congresso un successo  
non solo italiano  
ma riconosciuto  
a livello mondiale***

”

gli ipovedenti, di guidare nei vari Paesi. Lylas Mogk, autore di un libro molto importante sulla degenerazione maculare, ha indicato le terapie attuali di riabilitazione per gli adulti utilizzate negli Stati Uniti. Karen Seydman, Stati Uniti, ha invece parlato dell'educazione per l'ipovisione nell'età evolutiva. Gerard Dupeyron, Direttore del

Centro ARAMAV residenziale di Nimes, uno dei pochi centri residenziali effettivamente attivi in Europa, è stata proprio la persona adatta per tenere una lezione sull'organizzazione di questi centri. Tutti i Colleghi stranieri hanno insistito sul grande interesse di due tavole rotonde, una inerente le attività occupazionali e l'ipovisione e l'altra sul lavoro e l'ipovisione, che hanno riunito rappresentanti dei sindacati, del Ministero della Salute, della Confindustria, del Ministero del Lavoro, dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità, dell'Unione Italiana dei Ciechi e del Vaticano. E' stato evidenziato come, per la prima volta, tutti i rappresentanti di varie organizzazioni e Ministeri si siano riuniti per scambiare idee ed approfondire la conoscenza dell'argomento. Vediamo dunque che, sia per i relatori che per i convenuti, la componente internazionale di alto livello ha contribuito ad assegnare a questo congresso un successo non solo italiano ma riconosciuto a livello mondiale.





# Medaglia d'oro "Al merito della Sanità Pubblica" all'Avv. Giuseppe Castronovo, Presidente della IAPB Italia

F. M. Amore

*Si tratta di un alto riconoscimento per una persona che da anni si batte strenuamente perché il dramma della cecità possa essere eliminato dalla faccia della terra o almeno diventi sempre più raro. Una vita – la sua – spesa interamente per condurre questa battaglia, senza esitazioni e senza ripensamenti, con sorprendente entusiasmo soprattutto in chi è stato privato, sin da bambino, del bene più prezioso della vista in un incidente che neanche l'assurdità della guerra può giustificare.*

*Ma si tratta anche di un riconoscimento per tutta l'attività della IAPB Italia, che da anni sotto l'impulso incontestabile del suo Presidente è impegnata su tutti i fronti per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva.*

Il 07 Aprile 2005 è stata celebrata la "Giornata Mondiale della Sanità". In tale circostanza, come ormai ogni anno, il Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi ha consegnato le Medaglie d'Oro "Al Merito della Sanità Pubblica", in una suggestiva cerimonia presso il Palazzo del Quirinale.

Tra i premiati di quest'anno figura il presidente dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità (IAPB)- Sezione Italiana Avv. Giuseppe Castronovo.

Il merito di tali eventi, in una società che si muove sempre più velocemente, è quello di ricordarci che esiste il diritto alla salute.

Non a tutti, purtroppo, è concesso di beneficiare di questo diritto, ma per fortuna esistono uomini e donne

che si battono per esso mossi da un altissimo sentimento di solidarietà, come ha sottolineato nel suo discorso il Presidente della Repubblica:

*"La celebrazione della giornata serve anche a rafforzare e a ricordare a tutti noi, anno dopo anno, l'impegno a tutelare il diritto alla salute, espressione più alta della solidarietà umana, definito fondamentale dalla nostra Costituzione, espressione al pari di quello della libertà, del principio di eguaglianza sostanziale".*

Nella sua tutela risiede il dovere di ogni uomo in quanto tale, perché l'umanità garantisca il proprio futuro. Lottare strenuamente per la salvaguardia della salute di coloro che non hanno voce, cioè i bambini, è espressione di lungimiranza ed intelligenza.





"La giornata che celebriamo - ha continuato Ciampi - è dedicata quest'anno ad un tema cruciale per il futuro dell'umanità: la salute della madre e del bambino. 'Make every mother and child count', far contare di più ogni madre e ogni bambino... Già Sua Santità Giovanni Paolo II aveva dedicato un'attenzione particolare ai bambini: in ogni Suo viaggio rivolgeva un pensiero all'infanzia che voleva crescesse sana e tutelata. Un insegnamento, fra i tanti, che Egli ci ha lasciato fino all'ultimo. Per il modo con cui ha affrontato la Sua lunga malattia ci ha offerto un esempio di come si possano mantenere fino alla fine dignità e serenità. I bambini esprimono la continuità e la speranza nel futuro: una continuità e una speranza che viene costruita anche dalle persone d'eccellenza e di buona volontà che oggi vogliamo premiare". Dalle parole pronunciate dal Presidente della Repubblica nel suo intervento si può tracciare un ritratto di coloro che sono meritevoli di tale riconoscimento: "Voi siete testimoni e operatori di concreta solidarietà. Il vostro impegno contribuisce ad aprire nuove vie per la ricerca scientifica e la cura di patologie gravi, a testimoniare solidarietà per i più deboli. Sono orgoglioso di consegnare queste medaglie d'oro ai medici, ai ricercatori, ai volontari... Prevenzione e ricerca devono andare di pari passo per attuare il passaggio dalla sanità alla salute, alla qualità del vivere..."

L'Avv. Castronovo è sicuramente persona d'eccellenza e di buona volontà, testimone e operatore di concreta solidarietà. Nella sua instancabile attività di presidente della IAPB Sezione italiana il conseguimento della "salute della vista", elemento fondamentale per una

dignitosa qualità del vivere, rappresenta il suo obiettivo.

Sotto la sua guida la IAPB è diventata un organismo di riferimento sia in ambito scientifico che sociale, contribuendo in modo sostanziale allo sviluppo di una cultura di prevenzione delle malattie della vista attraverso numerose campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.



Costante è l'attenzione rivolta all'infanzia e alle problematiche oculari tipiche di questa età, perchè da lì comincia la prevenzione. Alla scuola e alle famiglie sono rivolte moltissime delle campagne di prevenzione promosse e sostenute dall'Agenzia. La forte volontà con cui l'Avvocato si batte per la creazione a Roma del Polo Nazionale per la riabilitazione visiva degli ipovedenti, nel cui ambito si svilupperanno anche dei progetti di ricerca, è un'ulteriore testimonianza di "merito" alla Sanità Pubblica.

Sempre nello spirito della solidarietà, mostrando ancora una volta grande sensibilità, il Presidente ha invitato a porre tutta l'attenzione alle

difficili condizioni sanitarie in cui versano i paesi in via di sviluppo, sollecitando e auspicando maggiore impegno a loro favore. La "sofferenza" fortifica, ma il "sollievo" dà la pace!

Dal discorso di Ciampi: "Ma la stessa attenzione dobbiamo dedicare allo scenario internazionale.

Fin dalla prima cerimonia di consegna delle Medaglie d'Oro al Merito della Sanità Pubblica, due anni fa, ho ricordato che "Il diritto fondamentale di ogni essere umano al benessere fisico, mentale e sociale" è "condizione fondamentale della pace nel mondo e della sicurezza". Per questo l'impegno dell'OMS è costante nella lotta contro la povertà, la malattia e l'ignoranza: un obiettivo sempre più attuale, in un mondo attraversato da profondi squilibri e divisioni...

I problemi sanitari dei paesi in via di sviluppo rappresentano la nostra grande sfida. L'impegno comune a loro favore è il banco di prova della lungimiranza dei paesi avanzati per garantire pace e benessere nel mondo... E' questo il cammino che dobbiamo continuare a

percorrere con la stessa fiducia e la stessa speranza che ci viene dalla consapevolezza di un impegno forte e condiviso da tutti".

C'è nelle intenzioni dell'Avv. Castronovo, e di fatto l'Agenzia lo fa già, quella di estendere le attività di prevenzione anche nei paesi del terzo mondo, favorendo campagne di screening e promuovendo la creazione di strutture, di personale medico e paramedico in questi paesi.

Questo premio è il riconoscimento dovuto ad un uomo la cui sensibilità nei confronti delle diverse problematiche visive non deriva soltanto da una condivisione, ma è frutto di una natura "illuminata".

# Campagna “Vediamoci Chiaro”

## Educazione alla salute per la prevenzione dei disturbi della vista nelle scuole della Campania

**Napoli, 23 Febbraio 2005**

*Ex Aula Consiglio Regionale  
Campania -Centro Direzionale F 13*

Continua la campagna “Vediamoci Chiaro” promossa dall'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità – Sezione Italiana (IAPB-Italia).

Dopo il Lazio, dove la campagna ha riscosso un notevole successo di partecipazione e i cui risultati - che hanno suscitato molto interesse - sono stati pubblicati nel numero precedente di questa rivista, è la volta della Regione Campania, dove è previsto il coinvolgimento di 50 scuole.

La campagna “Vediamoci Chiaro”, in aggiunta ad una serie di iniziative di comunicazione istituzionale, viene portata avanti dalla IAPB-Italia da qualche anno attraverso la divulgazione di materiale didattico-informativo (videocassetta con cartone animato didattico, fumetti, poster e adesivi) nei circuiti della scuola e in quelli dedicati ad un pubblico di tipo familiare con pay-off pubblicitario e con l'utilizzo dell'immagine di Bud Spencer come testimonial.

Essa non ha, quindi, finalità esclusivamente epidemiologiche, volte alla conoscenza delle condizioni dello stato visivo e della prevalenza della patologia oftalmica nella popolazione infantile, ma svolge anche un programma a vasto raggio di prevenzione primaria. Le famiglie e gli operatori scolastici vengono sensibilizzati sull'importanza prioritaria del controllo dell'apparato visivo nell'infanzia.

Il progetto è stato presentato presso l'ex Aula del Consiglio Regionale

Campania a Napoli il 23 Febbraio, davanti a un numeroso pubblico costituito prevalentemente da operatori scolastici e rappresentanti dei genitori, alla presenza dell'assessore all'Istruzione della Regione Adriana Buffardi e dell'attore, idolo dei bambini, Bud Spencer ormai da anni testimonial della campagna.

L'avv. Giuseppe Castronovo, presidente della IAPB-Italia, ha aperto la seduta che è stata moderata da Alfredo Accatino, curatore campagne Didatticom.

Sono seguiti i saluti delle Autorità politiche ed istituzionali. L'Assessore Adriana Buffardi ha portato il saluto di benvenuto dell'On. Antonio Bassolino, impossibilitato a partecipare da improvvisi ed improrogabili impegni.

L'intervento di Bud Spencer, estremamente brillante e pieno di calore umano, ha calamitato l'attenzione dell'auditorio ed è stato interrotto da

numerosi applausi.

Christian Zauli, presidente dell'Istituto Italiano per la Crescita della Persona, si è poi rivolto ai referenti delle scuole presentando il progetto didattico di educazione alla salute.

Infine Filippo Cruciani ha svolto la parte più scientifica parlando della prevalenza e delle possibilità preventive dei disturbi della vista nei bambini in età di apprendimento scolastico.

E' seguita la proiezione del filmato: "TG Speciale Scuola - Vediamoci Chiaro". La seduta si è conclusa con un dibattito sul tema: ruolo dell'amministrazione pubblica nella diffusione di una cultura di prevenzione dei disturbi della vista in età di apprendimento scolastico.

Vista anche l'eco riscossa sui giornali locali e non, ci sono speranze che tale utilissima attività possa essere svolta nelle altre regioni d'Italia.



# Gene Found to Increase Risk of the Most Common Cause of Blindness

National Eye Institute - National Institutes of Health

March 10, 2005

Scientists have identified a gene that is "strongly associated" with a person's risk for developing age-related macular degeneration (AMD). The finding was made by three independent teams, which include researchers with the National Eye Institute (NEI), part of the National Institutes of Health (NIH), and other leading research centers. Detecting an AMD-associated gene may lead to early detection and new strategies for prevention and treatment for the debilitating eye disease. Papers by all three teams appear in a March 10, on-line issue of the journal *Science* (in *Science Express*).

AMD is a disease that blurs or destroys sharp, central vision. There is no known cure for AMD. Most scientists think the cause lies in an interplay of hereditary and environmental factors. It is the leading cause of blindness in people

over age 60.

Family history of AMD is a risk factor for the disease. In recent years, eye researchers have been investigating certain portions of chromosomes to find AMD-associated genes. The new studies provide the strongest evidence yet of a specific gene association.

"The three studies are a significant step in AMD research. They confirm a strong genetic component of AMD, which may allow scientists to develop tests for the disease before symptoms begin to appear and when therapies might help slow its progress," said Paul A. Sieving, M.D., Ph.D., director of the National Eye Institute.

The three studies described in *Science* used different methods to screen the genomes from different groups of AMD patients. Yet all three studies came up with a commonly inherited variant of the same gene, called complement factor H

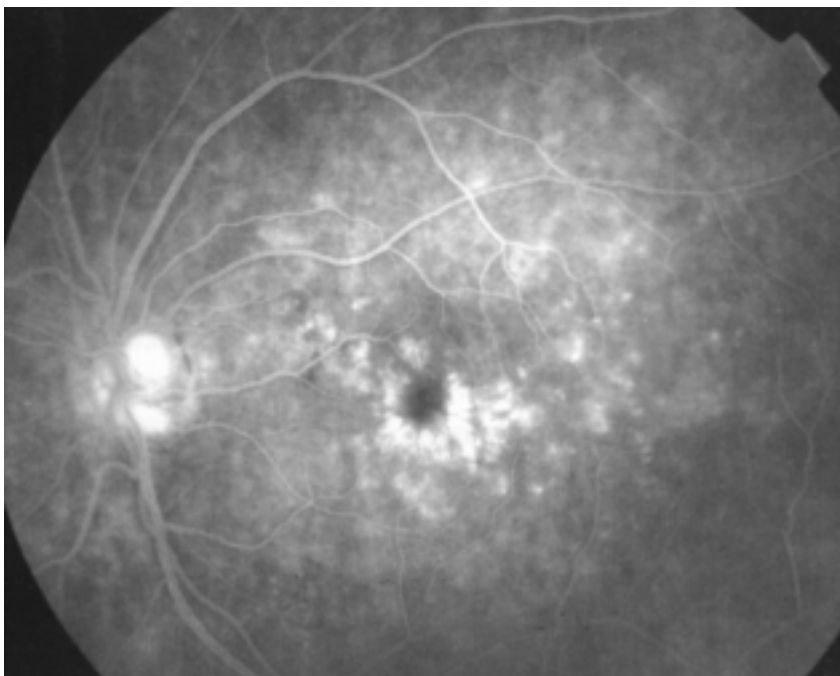
(CFH). The CFH gene is responsible for a protein that helps regulate inflammation in part of the immune system that attacks diseased and damaged cells. In certain patients with AMD, inflammation in the eyes may trigger a biological process leading to the disease.

"This exciting work helps clarify how AMD develops and the relationship of the immune system with the disease. This could lead to entirely new approaches for therapeutics," said Emily Chew, M.D., deputy director, NEI Division of Epidemiology and Clinical Research, and collaborator on one of the studies.

Dr. Chew's team, headed by Josephine Hoh, Ph.D., Yale School of Public Health, New Haven, CT, found that people whose genetic make up includes a variant of the CFH gene are 7.4 times more likely to develop AMD. The study was based on whole genome analysis of participants from the NEI-sponsored Age-Related Eye Disease Study, a major clinical study that closely followed nearly 5,000 patients with varying stages of AMD.

The team will next look at a larger number of patients and perhaps look at genetic differences between patients with the wet and dry forms of AMD. Wet AMD occurs when abnormal blood vessels behind the retina start to grow under the macula, a part of the central retina, where light is converted to nerve signals to the brain. Loss of central vision can be rapid. Dry AMD occurs when the light-sensitive cells in the macula slowly break down. Central vision can be lost gradually.

The second team, headed by Jonathan L. Haines, Ph.D., Vanderbilt University Medical Center, Nashville, identified the CFH gene



by using high resolution mapping of a portion of a chromosome that had previously been associated with AMD in family studies.

A third research team, also funded by NEI, was headed by Albert O. Edwards, M.D., the University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas.

**Journal Citations:**

Complement factor H mutation in the advanced form of age-related macular degeneration. Klein, R.J., et. al. *Science Express*, 10 March 2005; 10.1126/science.1109557

Complement factor H variant increases the risk of age-related macular degeneration. Haines, J.L., et. al. *Science Express*, 10 March 2005; 10.1126/science.1110359

Complement factor H polymorphism and age-related macular degeneration. Edwards, A.O., et. al. *Science*

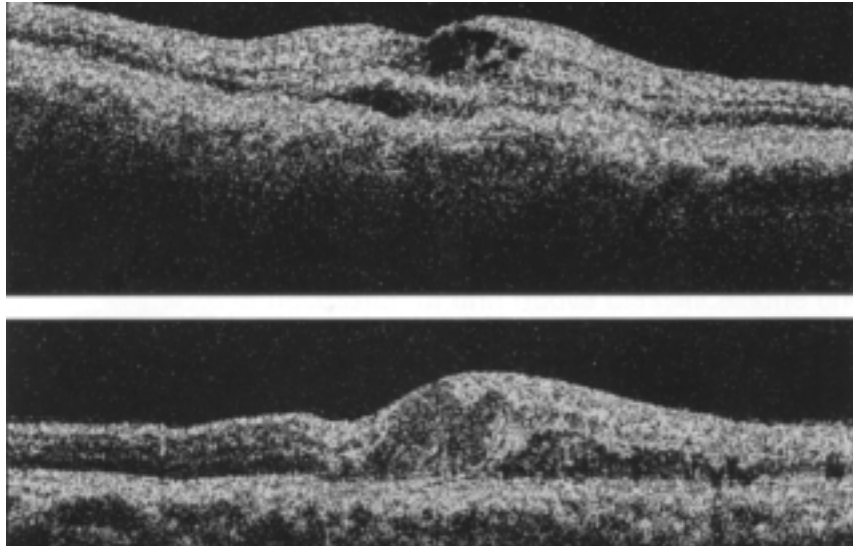
*Express*, 10 March 2005; 10.1126 / science. 1110189

We welcome your questions and comments.

Please send general questions and comments to the *NEI Office of Communication, Health Education, and Public Liaison*.

Technical questions about this website can be addressed to the *NEI Website Manager*.

National Eye Institute  
2020 Vision Place  
Bethesda, MD 20892-3655  
(301) 496-5248  
www.nei.nih.gov



**Recensione**

# Malattie dell'Apparato Visivo

di Carlo Sborgia e Nicola delle Noci

F. Moro

E' uscito per i tipi della casa editrice Piccin il volume "Malattie dell'Apparato Visivo" ad opera di Carlo Sborgia e Nicola delle Noci, rispettivamente Direttore della "Clinica Oculistica Universitaria" a Bari, il primo e Direttore della "Clinica Oculistica Universitaria" a Foggia, il secondo.

Il libro, definito "manuale" dagli stessi Autori, "è stato concepito per essere una guida pratica allo studio dell'oftalmologia per gli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e della laurea triennale in Ortottisti - Assistenti di Oftalmologia: esso potrà fornire anche spunto di studio e rappresentare un testo di rapida consulta-

zione per specializzandi e specialisti in Oftalmologia".

Presentare il libro come "manuale" è una dichiarazione che sa di modestia perché in effetti l'opera è un denso volume ben costruito nelle sue varie parti, aggiornato, ricco di dati notevolmente approfonditi in tutti i capitoli.

L'impostazione dell'opera è quella classica e va dagli elementi generali, (embriologia, anatomia, fisiologia, semeiotica, ottico fisiopatologica) a quelli riguardanti le singole parti dell'occhio con, ove opportuni, gli attuali riferimenti terapeutici (vedasi ad esempio la chirurgia refrattiva dell'occhio).

Il libro si raccomanda per la chiarezza dell'esposizione, l'aggiornamento delle nozioni e soprattutto la ricca iconografia riguardante apparecchi, quadri clinici, disegni, immagini radiografiche ed ecografiche.

Assai interessante è la presenza lungo il testo di figure tratte da antichi disegni o incisioni che riportano ai tempi remoti della storia dell'oculistica.

Il volume, tipograficamente assai curato, è opera da consigliare a chi studia oculistica e a chi si interessa a questa nostra secolare e fondamentale disciplina.

Merita la più ampia diffusione.

**Riceviamo e pubblichiamo volentieri**

# Miodesopsie come male oscuro

*M. Pucci (Ideatore di vitreo.it)*

*Scrivo per sottoporre alla Vostra attenzione un comunicato stampa sul problema delle miodesopsie.*

*Alcune testate, hanno cercato di trattare l'argomento ma sempre in modo molto superficiale, il nostro obiettivo è di divulgare un problema gravissimo che spesso compromette la qualità della vita di molte persone.*

*Speriamo di poter contare sulla sensibilità della vostra testata.*

*Vi preghiamo di tenerci informati di una eventuale pubblicazione. Grazie mille per quanto potrete fare.*

*Cordiali saluti*

**Maria Viteritti**

Le miodesopsie sono un disturbo localizzato nel corpo vitreo, una zona gelatinosa dell'occhio situata tra la retina ed il cristallino con diverse funzioni, tra cui quella di consentire il passaggio della luce e di immagazzinare sostanze nutritive destinate ai tessuti limitrofi. Nel suo stato di grazia, il vitreo si presenta come una struttura perfettamente trasparente.

Nelle persone affette da miodesopsie, tende invece a perdere consistenza, con un'improvvisa comparsa di detriti proteici, generalmente dall'aspetto filamentoso, che offuscano il campo visivo.

Quando questo accade, la visione risulta come filtrata attraverso una vetrata sporca e la scarsa luminosità non serve ad attenuare il problema. Le miodesopsie fluttuano nel corpo vitreo ad ogni movimento dello sguardo, restando spesso visibili anche in condizioni di oscurità e con gli occhi chiusi. La speranza che il fenomeno possa soggiacere ad una sorta di regressione, risulta quanto mai vana, in quanto l'apparizione delle macchie dà il via ad una triste rinascita in negativo, che accompagnerà il malato per tutta la vita. Il campo visivo delle persone affette da miodesopsie finisce così per essere

ottennebrato da un reticolo vorticoso di macchie e di filamenti neri, che in molti casi provoca la perdita dell'equilibrio e, in altri, la reale impossibilità di leggere e di guidare. Certamente di miodesopsie non si muore, e non sono il passaporto per la cecità, tuttavia la qualità della vita ne risulta pesantemente compromessa. C'è qualcosa di rabbioso nella triste condizione dell'ammalato di miodesopsie, che gli deriva dal percorrere una strada fatta di solitudine e di incomprensione, visto che a tutt'oggi la medicina ufficiale nega lui lo status di sofferente, ma gli concede, più prosaicamente, di essere solo un altro semplice caso colpito da un fastidio cui non bisogna dar troppo peso. Volendo introdurre una punta di polemica, in fin dei conti, neanche alcune rare malattie sono state collocate dalla medicina ufficiale in un simile dimenticatoio. Attualmente non esistono né cure né progetti di ricerca specifici atti a risolvere questo disturbo, considerato dalla scienza ufficiale un "non problema". Solo la vitrectomia, ovvero l'asportazione chirurgica totale o parziale del vitreo, sembra essere l'unica soluzione possibile per eliminare le miodesopsie, ma si tratta, in realtà, di un evidente errore di valutazione. L'intervento viene effettuato attraverso un sofisticato strumento chirurgico multivalente denominato vitrectomo, che permette di rimuovere il vitreo praticando tre fori nella sclera (la parte bianca dell'occhio), mentre l'illuminazione, all'interno dell'area interessata, viene assicurata da una fibra ottica. Un intervento invasivo come la vitrectomia non può dunque essere raccomandabile per la cura delle miodesopsie: quasi nessun oculista è disposto ad effettuarlo in ragione della sola asportazione dei corpi mobili, rimarcando giustamente la sproporzione tra lo scopo di un intervento simile e

tutti i rischi ad esso connessi. Va sottolineato, inoltre, che il vitreo non sarà sostituito, pertanto, chi si sottopone a questo intervento, vivrà per il resto della vita senza quella particolare protezione che la membrana assicurava all'occhio. Le miodesopsie non sono un'affezione rara, ma solo in questi ultimi tempi è possibile trovare in Internet qualche risposta in più alle mille domande di una comunità di ammalati certamente non del tutto appagata dai trafiletti striminziti che le enciclopedie mediche hanno saputo finora dargli. In questo scenario così nebuloso vede la luce [www.vitreo.it](http://www.vitreo.it), con il suo carico di informazioni dettagliate, e con un forum che, senza settarismi, vuole essere un porto franco per tutti coloro che si trovano in questa condizione, desiderosi di sentirsi meno soli. Vitreo.it si propone di avere, come parametro primario di missione, quello di essere costantemente aggiornato riguardo a tutto ciò che concerne le più recenti novità dal mondo della ricerca e che, in qualche modo, possono affiancare, o percorrere parallelamente, i temi correlati alle patologie vitreali.

Ultimamente ci sono state nuove importanti scoperte orientate al modo per cui il vitreo degenera con l'avanzamento dell'età. Comprendere a fondo questi meccanismi, potrebbe dare, in futuro, una visione rivelatrice, intorno ad un disturbo menomante che sembra, allo stato attuale dei fatti, vivere ancora nell'ombra di sé stesso. Comunicare agli altri il proprio disagio, scambiarsi informazioni utili rappresenta al meglio una semplice locuzione, quale: "La mia sofferenza è reale", e in ultima analisi, il profondo desiderio che lo sguardo della ricerca medica possa, speriamo presto, volgersi, con meno indifferenza, verso questa degenerazione invalidante del corpo vitreo.

## Corpi mobili. Che fare?

*E' in corso a Roma, presso il Complesso del Vittoriano una mostra monografica di Edvard Munch. (1863-1944), il pittore norvegese autore dell' "Urlo" (The scream).*

*Una rassegna da non perdere assolutamente.*

*Munch, che ha definito la sua arte come un'autoconfessione ("attraverso di essa cerco di chiarire il mio rapporto con il mondo"), ebbe nel 1930 un problema oculare (probabilmente un'emorragia endovitreale parcellare) che causò la comparsa di fastidiose miodesopsie. Dipinse allora una serie di acquarelli a carattere quasi astratto, nei quali egli raffigurò il decorso della malattia e mostrò come le sue capacità visive fossero alterate.*

*Le figure 1 e 2 presentano i "corpi mobili" disegnati da Munch e la sua stanza di lavoro invasa da questi elementi estranei. Per un soggetto come Munch ossessionato dalla morte e dalla malattia ("la malattia, la follia e la morte erano gli angeli neri che si affacciavano sulla mia culla"), le miodesopsie contribuirono ad accentuare la depressione di cui soffriva e ad alterare sensibilmente la sua qualità di vita, tanto che rinunciò all'incarico di fornire dipinti per il municipio di Oslo.*

*Le miodesopsie sono disturbi lamentati molto frequentemente dal paziente oftalmico. Ogni oculista lo sa bene; sia che siano sintomi occasionali ricercati in particolari condizioni di illuminazione e in certi ambienti, sia che compaiano in maniera acuta, angosciante e persistente come nel distacco di vitreo (una delle cause più frequenti di richiesta di pronto soccorso oftalmologico).*

*L'atteggiamento dell'oculista è quello di eseguire un accurato esame del fondo oculare, con particolare riguardo alla periferia retinica, alla ricerca di patologie degenerative vitreo-retiniche o soluzioni di continuo della retina con caratte-*

*re regmatogeno.*

*Escluse queste ultime, anche nel caso di un fastidiosissimo distacco posteriore di vitreo, egli licenzia il paziente dopo averlo rassicurato sul "carattere benigno" del disturbo. Consigliava di "bere molto" e di "non fare sforzi fisici". Qualche volta prescrive degli integratori alimentari. Ma soprattutto conferma la necessità di convivere con il disturbo.*

*Capita frequentemente di leggere sul viso del paziente tanta perplessità: è possibile che non sia niente di grave un sintomo così eclatante? Ma anche: è possibile che non si possa fare nulla per un disturbo che perseguita ogni momento della vita di relazione?*

*L'oculista, per cultura e formazione, abituato a trattare malattie fortemente invalidanti, tende a sottovalutare il sintomo soggettivo.*

*Da sempre quantizza la capacità visiva attraverso il visus e il campo visivo e, se essa rientra nei limiti della norma, considera il suo scopo pienamente raggiunto.*

*Oggi però si comincia a parlare anche di qualità di visione. L'OMS, più di mezzo secolo fa, affermò che il compito della medicina non era solo quello di curare le malattie, ma soprattutto quello di garantire ad ogni soggetto il pieno benessere psico-fisico. Per l'oftalmologia è quello di assicurare un'ottima qualità visiva.*

*Oggi diventa necessario individuare nuovi strumenti che prendano in*



**Fig. 1 "La chambre du peintre Munch", Edvard Munch**



**Fig. 2 Corpo flutuante disegnato da Edvard Munch**

*considerazione nuove metodiche e tecniche capaci di esprimere la visione realmente percepita dal paziente.*

*Ma non solo. Diventa sempre più importante rivolgere l'attenzione, a livello di ricerca clinica e sperimentale, verso patologie oggi trascurate come il distacco di vitreo.*

*Per questo motivo, ma anche perché può rappresentare un momento di riflessione per molti oculisti, pubblichiamo questa e-mail giunta alla redazione di Oftalmologia Sociale.*

**Filippo Cruciani**

# Società italiana di Oftalmologia legale

*Sede legale: Dipartimento di Scienze Oftalmologiche Università La Sapienza*

*Policlinico Umberto I - Viale del Policlinico - 00161 Roma*

## **CONSIGLIO DIRETTIVO**

### **PRESIDENTE**

D. Spinelli

*Milano*

### **VICE PRESIDENTI**

G. Calabria

*Genova*

G. Lucente

*Roma*

### **SEGRETARIO/TESORIERE**

F. Cruciani

*Roma*

### **CONSIGLIERI**

R. Grenga

*Roma*

L. Papi

*Pisa*

F. Marmo

*Roma*

D. Rodriguez

*Ancona*

G. Liguori

*Napoli*

### **REVISORI**

V. Benedetti

*Verona*

S. Gambaro

*Milano*

A. D'Isanto

*Milano*



## **CORRISPONDENZA**

**D. Spinelli:** S.C. di Oculistica Istituti Clinici di Perfezionamento

Via Commenda, 10 - 20122 Milano - Tel. 02.57992544 - Fax 02.57992808

**F. Cruciani:** Dipartimento di Scienze Oftalmologiche - Università La Sapienza Policlinico Umberto I

Viale del Policlinico - 00161 Roma - Tel. 06.49975364 - Fax 06.49975304

**In questo numero di *Oftalmologia Sociale*  
pubblichiamo le relazioni presentate  
nella **SESSIONE SIOL (Società di Oftalmologia Legale)**  
**dell' 84° Congresso Nazionale**  
**della Società Oftalmologica Italiana**  
**svoltosi a Roma, presso l'Hotel Hilton**  
**nei giorni 24 - 27 novembre 2004.**  
**Il titolo della manifestazione è stato:**  
**Incontri di Oftalmologia Legale sul tema**  
**“Problemi ricorrenti in Oftalmologia Legale”.**  
**Presidenti della manifestazione sono stati**  
**Demetrio Spinelli e Umberto Merlin;**  
**il coordinatore scientifico Filippo Cruciani.****

**1. ROTTURA DELLA CAPSULA POSTERIORE:  
IMPERIZIA O COMPLICANZA?**

**2. LA C.T.U. IN OFTALMOLOGIA:  
PROBLEMATICHE ATTUALI**

**3. IL DISTACCO DI RETINA POST TRAUMATICO.  
CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI**



# Rottura della capsula posteriore: imperizia o complicanza?

F. Cruciani, R. Santoro, S. D'Angelo, E. Moreno

Dipartimento di Scienze Oftalmologiche - Università degli Studi di Roma "La Sapienza" - Dir. Prof. C. Balacco Gabrieli

**L**a capsula del cristallino (o cristalloide, distinta topograficamente in anteriore e posteriore), è una membrana continua, di aspetto omogeneo, che al microscopio elettronico presenta una struttura lamellare formata dal punto di vista chimico dalla proteina del collagene.

La **capsula posteriore**, in particolare, è la parte più sottile dell'intera struttura, con uno spessore di circa 2.8  $\mu\text{m}$ ; può essere descritta come una membrana resistente, elastica e trasparente.

Queste caratteristiche la rendono capace di mantenere la propria integrità anche sotto l'insulto chirurgico. Ciò nonostante la rottura della capsula posteriore[1] risulta la più comune delle complicanze intraoperatorie importanti nella chirurgia della cataratta. Nella nostra trattazione ci proponiamo di analizzare le varie situazioni in cui si verifica la RCP per decidere se è solo una **complicanza** o un fenomeno dipendente da **imperizia**.

Si tratta di una problematica molto attuale e interessante, visto il continuo aumento di interventi chirurgici eseguiti oggi sui cristallini catarattosi, la cui integrità e trasparenza sono fondamentali per garantire una

buona acuità visiva.

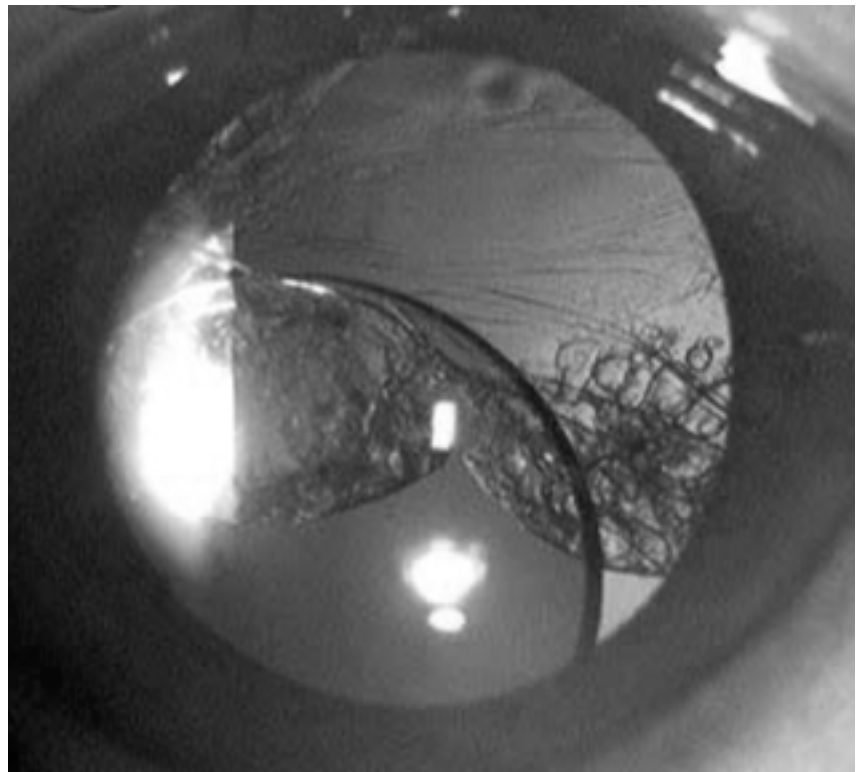
Innanzitutto va considerato che esistono fattori predisponenti alla rottura di capsula peculiari di ciascun individuo (pupilla poco dilatata, occhi molto miopi[2], nuclei molto duri[3]); detto ciò possiamo così riassumere le cause principali di RCP:

- Iatrogena (chirurgica)
- Preesistente (contemporanea a

cataratta congenita)

- Spontanea (in seguito a traumi indiretti[4])

Per quanto concerne l'intervento chirurgico, è necessario adottare sempre delle misure precauzionali e delle particolari attenzioni per evitare di agire sulla capsula in maniera troppo cruenta o aggressiva (traumi meccanici diretti sulla capsula, lesioni sulla zonula, frammenti



“

***La capsula posteriore è la parte più sottile dell'intera struttura, con uno spessore di circa 2,8  $\mu\text{m}$ ; può essere descritta come una membrana resistente, elastica e trasparente***

”

nucleari non asportati, errori nell'inserimento della loop, ecc.).

La R.C.P. può dipendere da vari fattori e avvenire in diversi momenti, in particolare:

- in caso di collasso della C.A. per improvviso svuotamento durante la facoemulsificazione con macchine senza sistema anticollasso;
  - precedentemente alla rimozione del nucleo ad esempio per cattura o lesione della ressi con il facoemulsificatore o con altro strumento (spatola ecc);
  - durante la manipolazione del nucleo, oppure durante la facoemulsificazione, situazione in cui il contatto con la ressi può generare una rottura che si propaga oltre la zona fino ad interessare la C.P.
  - durante l'aspirazione delle masse corticali (condizione che sembra essere la più comune);
  - durante l'impianto di IOL, per errato posizionamento o per lacerazione del sacco da parte di una loop.
- Quando la rottura avviene durante la fase di facoemulsificazione[5] è probabile che sia da ricondurre a:
- insufficiente potenza adoperata nel trattamento di cataratte con nucleo molto duro;
  - traumi meccanici diretti sulla capsula;
  - danni provocati da parte dei frammenti nucleari durante la rotazione o la fase di faco.

La rottura capsulare può avvenire, come già detto sopra, anche precedentemente alla rimozione del nucleo. Sarà importante attuare una gestione molto attenta per la potenziale gravità della complicanza.

L'obiettivo principale è di impedire che il nucleo sprofondi in camera vitrea. A questo si può ovviare tentando di iniettare della sostanza viscoelastica pesante sotto i frammenti nucleari.

In seguito si potrà scegliere tra due opzioni: completare l'intervento con l'ausilio del facoemulsificatore, se la rottura fosse piccola, oppure convertire l'intervento in ECCE[6] ed allargare l'apertura.

Infine si effettuerà l'introduzione di uno strumento via pars plana per una "lievitazione posteriore assisti-

ta" secondo Kelman.

La rottura precedente alla rimozione del nucleo è sempre seguita dalla profusione del vitreo in C.A. A questo punto è necessario praticare una vitrectomia anteriore sia prima della rimozione del nucleo, sia dopo se c'è il rischio di sprofondamento del nucleo stesso.

Lo sprofondamento del nucleo è considerato la causa principale di riduzione dell'acuità visiva in seguito ad intervento di facoemulsificazione.

La maggior parte dei chirurghi indicano di completare l'intervento con vitrectomia anteriore, rimozione di cristallino che risulta accessibile ed eventualmente impianto della IOL.

Quando il nucleo è molto denso o non vi è una completa asportazione del cristallino lussato, vi è indicazione alla chirurgia vitreoretinica.

In alcuni casi la rottura può avvenire durante la fase di irrigazione-aspirazione (I/A), in questa circostanza è molto importante valutare lo stato del vitreo.

In caso di assenza di vitreo bisogna iniettare viscoelastica in C.V. attraverso la rottura per spostare il vitreo posteriormente, togliere la corticale nella regione lontana dalla

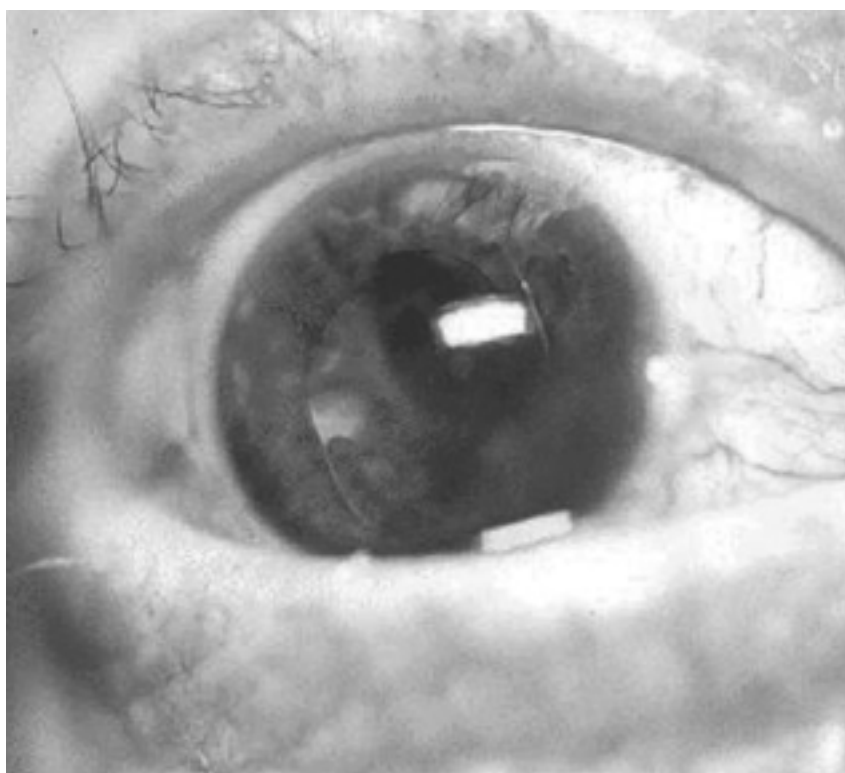
lacerazione oppure lasciarla in situ e completare la rimozione della corticale.

Questo può essere effettuato o con irrigazione a basso flusso, o con il sistema manuale, o ancora con un approccio bimanuale con sistema automatizzato con impostazioni di potenza ridotte.

Sempre durante la fase di I/A nel caso di presenza di vitreo sarà necessario eseguire una vitrectomia anteriore con estrema attenzione per non causare un allargamento della lacerazione con una incisione limbare quando la lacerazione è vicina all'incisione, oppure via pars plana quando è lontana dall'incisione e quindi poco accessibile dal segmento anteriore. Infine le masse residue verranno aspirate col vitrectomo.

Per evitare gravi complicanze in sede intraoperatoria, va ricordato ancora una volta, che la rottura della capsula è spesso accompagnata dal prollasso del vitreo. In questi casi è opportuno praticare una vitrectomia anteriore con pulizia accurata del vitreo prollassato per evitare aderenze in C.A.

Importante è la fissazione della IOL che se possibile va inserita nel



solco, fissata alla sclera o ancora impiantata in C.A.

Esistono dei segni importanti in caso di rottura della capsula posteriore che ci possono aiutare a controllare precocemente questa complicanza. Essi sono:

- Improvviso aumento di profondità della camera anteriore;
- Decentramento del nucleo;
- Improvvisa perdita di efficienza di aspirazione da parte dello strumento;
- Restringimento della pupilla "pupil snap sign"[7].

Anche la tecnica chirurgica adottata è molto importante: quella più eseguita al giorno d'oggi è la facoemulsificazione, in diversi casi convertita in estrazione extracapsulare.

Altri importanti fattori di rischio per la RCP sono: l'anestesia impiegata, il tipo di cataratta su cui si è intervenuti, l'età del paziente, la sua pregressa storia clinica riguardante le patologie oculari e non.

A supporto di quanto detto finora, riguardo la rottura della capsula posteriore, troviamo in letteratura alcuni lavori.

Tra questi quello di David T e altri[8], che hanno condotto uno studio prospettico su 1000 pazienti, riportando come complicanze maggiori:

- Rottura capsula posteriore con perdita di vitreo nel 1.4% dei casi;
- Rottura capsula posteriore senza perdita di vitreo nello 0.7% dei casi;
- Lisi della zonula nello 0.1% dei

casi;

come complicanze minori:

- Rottura della ressi nel 3.8% dei casi;
- Prolasso dell'iride nello 0.6% dei casi;
- Lesioni dei corpi ciliari nello 0.2% dei casi;
- Altro nello 0.4% dei casi.

Gli autori hanno riscontrato che la frequenza di insorgenza di complicanze sia maggiori che minori tendeva ad aumentare con il grado di sclerosi nucleare.

Gli autori hanno osservato che l'incidenza delle complicanze maggiori era di 9.3% nei primi 150 casi e tendeva poi a diminuire fino al 0.9% nei successivi 850 interventi. Ciò evidenzia come la frequenza delle complicanze tende a diminuire parallelamente alla curva di apprendimento del chirurgo.

Un altro interessante studio è di Michael F. et al[9], che tratta delle complicanze nella chirurgia della cataratta in un anno di interventi eseguiti presso una struttura accademica.

Sono stati eseguiti 1749 interventi in cui sono stati riscontrati 44 casi (2.54%) con rottura della capsula posteriore; 29 (1.68%) di questi hanno subito un successivo intervento di vitrectomia. Tutti gli interventi sono stati iniziati con facoemulsificazione e 6 sono stati convertiti in ECCE.

Si è inoltre riscontrata una incidenza totale di rottura della capsula

posteriore compresa tra 0 e 6.25%.

La maggior parte delle rotture capsulari è avvenuta durante la fase di facoemulsificazione e non risultava una incidenza statisticamente significativa tra i diversi chirurgi.

Gimbel e altri nel 2001[10] ("intraoperative management of posterior capsule tears in phacoemulsification and intraocular lens implantation") hanno svolto un lavoro sull'incidenza della deiscenza della capsula posteriore in interventi di facoemulsificazione eseguiti da uno stesso chirurgo tra il 1992 e il 1999.

Il risultato era che su 18470 occhi, 83 hanno avuto rottura della capsula posteriore, pari cioè allo 0.45%.

Di questi 83 il 49% ha subito una vitrectomia anteriore anche se nessuno ha avuto caduta di frammenti nucleari nel vitreo o altre complicanze che avrebbero potuto richiedere una vitrectomia via pars plana.

In un recente lavoro Muhtaseb M e collaboratori[11] nel 2004 (A system for preoperative stratification of cataract patients according to risk of intraoperative complications: a prospective analysis of 1441 cases.) hanno proposto diversi fattori di rischio di rottura della capsula posteriore in relazione al paziente.

In un primo gruppo includevano una categoria assente da fattori di rischio.

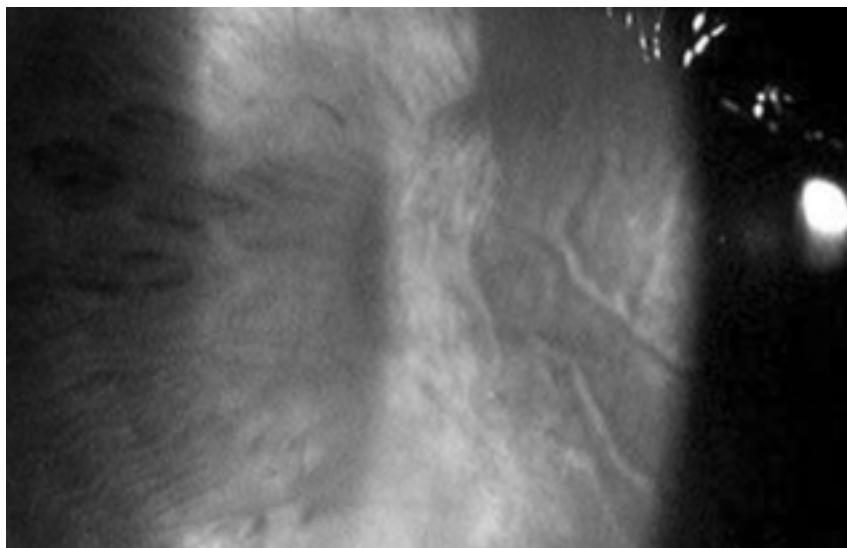
In un secondo gruppo la categoria comprendeva tutti i casi con: pregressa vitrectomia; leucomi corneali; pupilla ristretta <3mm; C.A. ridotta di profondità <2.5mm; età > 88 anni; alta ametropia ( $\pm >6D$ ); cataratta polare posteriore.

In un terzo gruppo che presentava un rischio ancora maggiore venivano incluse: cataratta densa/ bianca/ totale/ brunescente; pseudoesfoliatio lentis; facodonesi.

Il tasso di complicanza intraoperatoria cresceva parallelamente al gruppo di rischio ed era: A = 4.32 %; B = 7.45 %; C = 13.48%.

Ciò può favorire una classificazione preoperatoria dei pazienti in base al rischio per un migliore e più gestibile risultato postoperatorio.

Un fattore di rischio da considerare è anche il tipo di anestesia.



In un recente lavoro Martin e altri,[12] (Eye, Apr. 00 n° 3000) hanno evidenziato che l'anestesia topica non determina un aumento di rischio di complicanze intraoperatorie.

Avendo eseguito anestesia locale su 612 pazienti hanno riscontrato rottura della capsula posteriore nel 3.6% di questi. Effettuando invece una anestesia topica su 2269, solo 1.4% di essi ha avuto poi una rottura della capsula posteriore.

Anche altri autori: Rengaraj e altri[13] (Am. J. Ophthalmol. Nov. 2004) hanno avuto risultati simili

- anestesia topica su 154 interventi: 1 rottura di capsula
- anestesia retrobulbare su 150 interventi: 1 rottura di capsula.

Un fattore di rischio importante è rappresentato dall'eseguire una facoemulsificazione su una cataratta bianca totale.

Brauweller e altri [14] (J. Cataract Refract. Surg, 1996) ottennero una rottura della capsula posteriore nel 10% dei casi e una perdita di vitreo nel 3%

Gavris e altri[15] ("phacoemulsification-personal experience on my first 507 cases) hanno valutato tutte le complicanze occorse nei loro pazienti. Hanno osservato che tali complicanze si verificavano solo in occhi con cataratta bianca e altri fattori quali ad esempio una scarsa dilatazione pupillare.

Hanno inoltre indicato che in questi casi complicati si è verificato: capsuloressi non riuscita: 5,7%; rottura della CP: 1,43%; conversione verso ECCE: 4,29%; su un totale di 70 interventi.

Abbiamo ancora come altro importante fattore di rischio per la RCP la cataratta polare posteriore come testimoniamo i lavori di Hayashi e altri[16] (J. Cataract Refract Surg Genn. 2003) che evidenziano su 28 interventi per tale patologia il 7.1% di casi di RCP; di Vasavada e altri[17] (J. Cataract Refract Surg Feb 1999) con il riscontro del 36% di RCP (9 pazienti) su 25 casi; ed infine il lavoro condotto da Liu e altri[18] (Yan Ke Xue Bao Giugno, 2003) in cui vediamo il 16.4% di

RCP su 61 casi.

La pseudoesfoliatio lentis è da considerarsi fattore di rischio per la rottura della CP. Secondo Muhtaseb[11] ("A system for preoperative stratification of cataract patients according to risk of intraoperative complications: a prospective analysis of 1441 cases", la diagnosi di pseudoesfoliatio lentis aumenta il rischio di rottura di cinque volte.

Drolsum e altri[...] (J Cataract Refract. Surg. 1998) hanno eseguito facoemulsificazione sui pazienti con pseudoesfoliatio lentis e su altri pazienti affetti da cataratta ed hanno ottenuto:

Rottura della CP con perdita di vitreo nel 9.6% (164 pazienti)

Rottura della CP nel 3% su 916 pazienti (gruppo di controllo).

Mentre in un lavoro più recente Katsimpris e altri[20] (Klin. Monatsbl, Augenheilkd 2004) hanno confrontato le diverse tecniche eseguite su pazienti con pseudoesfoliatio lentis ed hanno osservato che 47 pazienti trattati con FACO presentano RCP nel 4.2%, mentre 47 pazienti trattati con ECCE presentano RCP nel 17% dei casi.

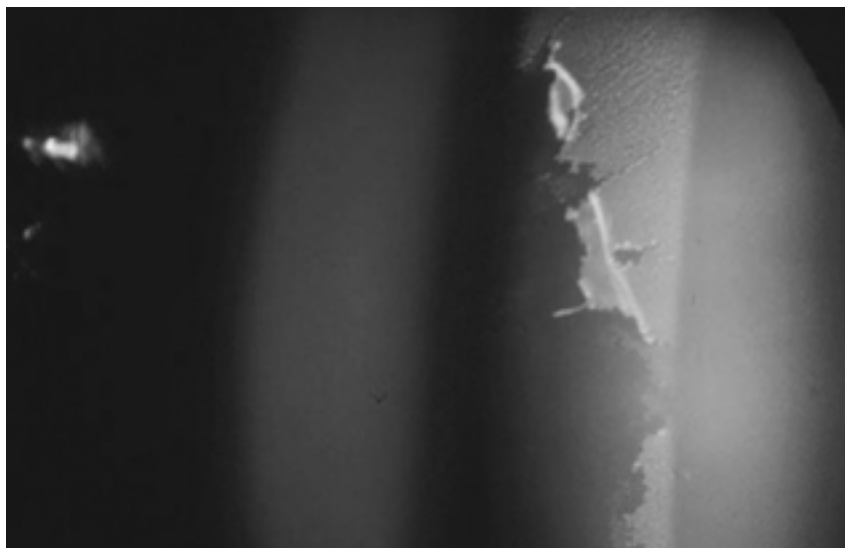
Da diversi studi, inoltre, appare chiaro come anche l'età avanzata[21], in particolare superiore agli 88 anni, sia un fattore di rischio importante per la RCP come testimoniato in special modo da Berter DK (Trans Am Ophthalmol. Soc 2000).

In ultima analisi andremo a conside-

rare che il rischio di rottura della capsula è direttamente proporzionale all'esperienza del chirurgo, infatti:

- l'incidenza della RCP in interventi eseguiti da chirurghi esperti convertiti da ECCE a FACO varia dal 4.8% a 11% e la perdita di vitreo si associa nell'1-6%;
- l'incidenza RCP per chirurghi giovani (primi tre anni di apprendimento) varia tra 3.1% e 14.7%;
- l'incidenza di RCP per registrars learning in UK circa 4.4%;
- l'incidenza di chirurghi giovani insieme al supervisor circa 5.8%;
- nell'apprendimento della tecnica di facoemulsificazione risulta fondamentale il ruolo del supervisore per la profilassi e il controllo delle complicanze;
- la riconversione dalla ECCE alla facoemulsificazione richiede una curva di apprendimento più lunga ed aumenta il rischio di complicanze intraoperatorie.

Importante lavoro a testimonianza di quello che abbiamo appena detto è quello di Hennig A e altri[24] che nel 2004 hanno evidenziato come l'incidenza di RCP per chirurghi provenienti dalla ECCE sia del 4% con supervisore e del 15% senza supervisore. Nella tabella che segue presentiamo i dati, dal 1992 al 2004, che riportano una sostanziale diminuzione della RCP con l'affinarsi delle tecniche chirurgiche e la presa in considerazione dei maggiori fattori di rischio in modo tale da cercare di ridurli il più possibile.



1992 Cruz e altri[25]	11% RCP	- Perdita vitreo 5,5%
1992 Allinson e altri	9% RCP	- Perdita vitreo 4.5%
1993 Tarbet e altri	7% RCP	- Perdita vitreo 3.3%
1994 Noecker e altri	10% RCP	- Perdita vitreo 4.5%
1998 Ng DT e altri	2.1% RCP	- Perdita vitreo 1.4%
1998 Uagan e altri	1.5% RCP	- Perdita vitreo 0.5%
1998 Corey e altri[31]	2.1% RCP	- Perdita vitreo 1.8%
2001 Kageyama [32]	0.2% RCP	
2004 Rengaraj[13]	0.7% RCP	

Dalla nostra trattazione emerge dunque che è fondamentale essere a conoscenza delle condizioni che possono condurre alla RCP, onde evitare danni gravi e permanenti al paziente e affinare il più possibile le tecniche di intervento sulla cataratta.

Calcolando adeguatamente i rischi dell'intervento e mettendo il paziente al corrente di ogni possibile evenienza, si potrà stabilire un buon rapporto medico-paziente, nella tutela della salute di quest'ultimo e nel pieno rispetto del "consenso informato".

Infatti sulla base della nostra esperienza, molti contenziosi per RCP nascono soprattutto da un non corretto rapporto medico-paziente, legato specialmente ad una scarsa, se non falsa informazione.

Molto spesso l'intervento viene sottovalutato perché eseguito oggi in pochi minuti. Ciò non deve trarre in inganno, poiché nonostante il tempo di esecuzione si sia notevolmente ridotto a pochi minuti grazie all'evoluzione delle macchine adottate in chirurgia, la frequenza di complicanze è sempre presente.

La gestione della complicità deve essere accurata e il paziente avvertito costantemente di ogni intervento, in maniera tale che sia salvaguardato il suo "diritto alla salute".

### Brevi considerazioni

L'intervento di cataratta è diventato allo stato attuale l'operazione chirurgica più eseguita in medicina, sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ci informa che, nei primi, il numero di interventi di cataratta ormai varia da 8000 per milione di popolazione (punta massima registrata in Australia) a 5000 (USA); nei secondi - a prescindere dai notevoli successi in alcune Nazioni come l'India - si è ancora a valori molto bassi, come quello stimato in alcune nazioni africane: 200/1.000.000.

A questo aumento di tipo esponenziale sicuramente hanno contribuito la forte espansione della fascia d'età dei soggetti anziani (oggi registrata sempre più anche in molti Paesi in via di sviluppo) e il miglioramento delle tecniche di estrazione della cataratta. In particolare l'estrazione extracapsulare prima e la facoemulsificazione poi, l'impianto di lentine intraoculari, l'anestesia sempre più topica, l'esecuzione ambulatoriale sono le cause principali di questo processo.

Non devono essere dimenticate neppure le esigenze individuali e di vita di relazione che oggi impongono anche al soggetto anziano non solo una buona visione da un punto

di vita quantitativo ma anche qualitativo. Così sono cambiate progressivamente le indicazioni chirurgiche: l'intervento è diventato sempre più precoce anche in presenza di opacità lenticolari allo stato iniziale. È noto infatti che queste ultime, in quanto forme degenerative legate all'invecchiamento, si rinvergono in maniera variabile nella maggior parte dei soggetti con più di 70 anni. Così la finalità ottica nell'intervento di cataratta ha acquisito sempre di più maggiore spazio.

Tutti questi fattori hanno fatto sì che l'intervento di cataratta divenisse centrale nell'ambito dell'oftalmologia moderna - oscurando l'interesse per altre patologie - con tutti gli aspetti positivi ed in parte negativi che un tale processo comporta. Qualcuno ha avanzato il termine di "catarrattificio", per rimarcare come i servizi di oftalmologia siano ormai diventati quasi monotematici.

In tale contesto l'intervento è diventato nella concezione generale un'operazione estremamente semplice, quasi banale nella esecuzione, senza rischi oculari e generali e con recupero immediato e totale. Alla diffusione di questa concezione ha contribuito anche la classe oftalmologica, che sull'entusiasmo dei risultati delle nuove tecniche e sulla spinta delle esigenze di "produttività aziendale" e - perché no? - di mer-

cato ha "svalutato" la professionalità che tale chirurgia richiede.

L'intervento di cataratta è un intervento di microchirurgia, estremamente sofisticato, eseguito su un organo dall'alta specializzazione funzionale e dalla marcata complessità anatomica, che rappresenta la via di principale – per non dire fondamentale – importanza per la comunicazione dell'individuo con l'ambiente.

Esso richiede una lunga e faticosa curva di apprendimento. Richiede una concentrazione sempre al massimo livello, con l'impiego contemporaneo e coordinato dei quattro arti. Richiede uno studio attento del singolo caso, perché una cataratta non è mai simile ad un'altra..

E' chiaro che una volta acquisita e lungamente sperimentata la tecnica chirurgica, tutto può sembrare estremamente semplice, soprattutto da chi da uno stato di ipovisione, dopo l'instillazione di alcune gocce e un intervento della durata di meno di 30 minuti, ritorna ad avere un'ottimale capacità visiva.

Queste note introduttive ci sono sembrate necessarie per ribadire che l'estrazione della cataratta con l'impianto di lente intraoculare non è un intervento scevro da complicanze. Anzi la complicanza sia intraoperatoria che postoperatoria è sempre in agguato.

Dalla rassegna della letteratura si evince che la rottura della capsula posteriore – la complicanza più frequente – mostra una grande variabilità. Si passa da percentuali inferiori all'1% al 15%.

Queste percentuali riflettono la realtà? La domanda è più che legittima, in quanto i risultati riferiti in un'indagine devono essere considerati in base al campione analizzato. Inoltre va sottolineato il fatto che quelli presenti in letteratura provengono nella loro quasi totalità da centri di eccellenza, forniti dello strumentario più sofisticato, dal personale medico e paramedico più selezionato, dalle strutture più adeguate. Siamo convinti che, se si disponesse di casistiche che comprendessero tutte le realtà territoriali dei

servizi oftalmologici, si riscontrerebbero situazioni diverse, con più alte percentuali di complicanze. D'altra parte è umano cercare di sottacere le proprie complicanze e esaltare i propri successi.

Nel corso di questa trattazione sono state passate le cause principali della rottura di capsula. Le variabili che interagiscono sono molteplici. Si è visto che esse sono inerenti:

- alle condizioni e caratteristiche dell'occhio da operare,
- alle condizioni generali del paziente,
- alle tecniche usate,
- all'affidabilità degli strumenti,
- al chirurgo.

Non sempre la causa è facilmente individuabile, anche perché nella maggior parte di casi si ha una molteplicità di variabili che interferiscono e si sommano. Certamente il ruolo del chirurgo è prioritario; ma a parte casi eclatanti di errori di manovra (per altro possibili quando si opera su rapporti millimetrici) parlare di imperizia è esagerato, in quanto la complicanza è spesso

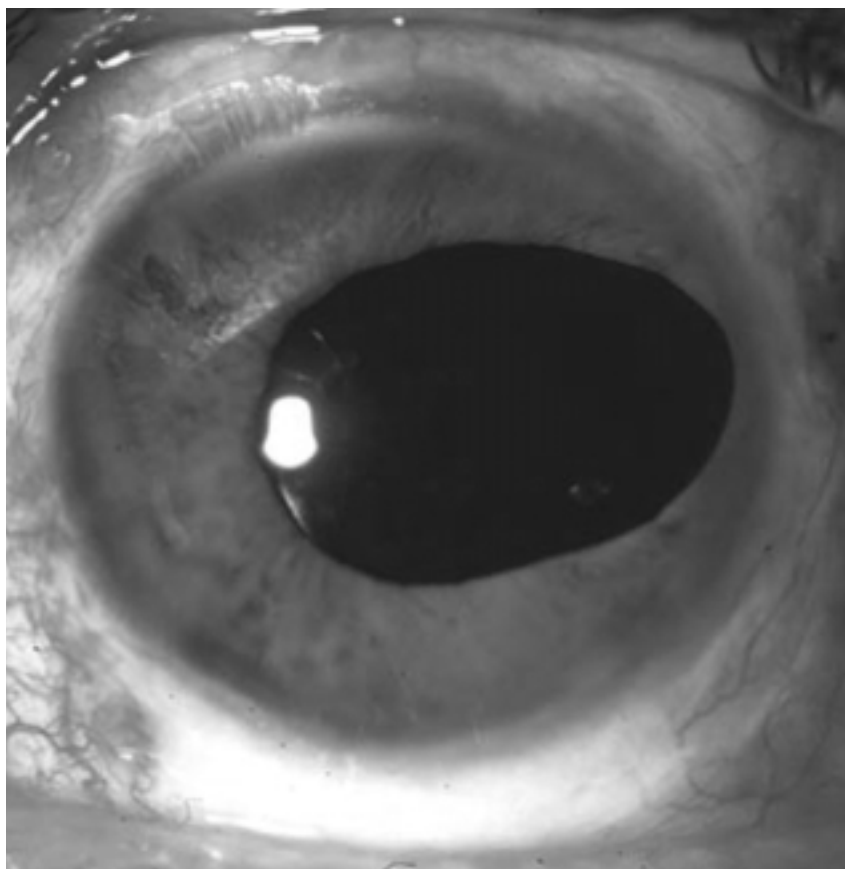
imprevedibile.

In conclusione vorremmo riaffermare che l'intervento di cataratta può andare incontro con una certa facilità ad una rottura di capsula. Il paziente deve essere sempre avvertito. Il far firmare un consenso, anche se esteso come un trattato, non vuol dire di aver ottemperato a tale obbligo. Ricordiamo un recente studio condotto da Vallance e al. e pubblicato nel 2004 su J. Cataract Refract. Surg. su ciò che resta al paziente dopo la firma del consenso:

- l'85% si considera sufficientemente informato.
- Subito dopo la firma, però, solo il 18% ricorda i rischi.
- Dopo l'intervento solo il 4%.

E' evidente che ancora una volta il rapporto medico-paziente viene a presentarsi come la componente più importante nella professione medica e sottovalutarlo, delegando ad altri tale incombenza o dedicargli il minor tempo possibile, può essere causa di insanabili contenziosi.

In questo stesso studio è emersa anche la difficoltà che esiste nel far



accettare al paziente di essere operato da chirurghi poco esperti, come ad esempio gli specializzandi, pur assistiti da valenti tutor.

Se poi non vengono avvertiti precedentemente di questa evenienza la loro reazione è ancor più violenta.

### **Riassunto**

Gli AA passano in rassegna la letteratura oftalmologica sulle complicanze dell'intervento di cataratta con impianto di IOL, con particolare riguardo alla rottura di capsula posteriore. Riportano le varie casistiche. Discutono sulle cause che determinano questa temibile complicanza e sui risvolti medico-legali.

### **Parole chiave**

Intervento di cataratta, rottura capsula posteriore, oftalmologia legale.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Stefan C, Nenciu A, Asandi R. - Posterior capsule rupture in lens surgery. *Oftalmologia*. 2002;55(4):92-5. Romanian.
2. Wang W, Yang G, Nin W, Fang J. - Phacoemulsification in myopia and negative or low powered posterior chamber intraocular lens implantation. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 1998 Jul;34(4):294-7. Chinese.
3. Song X, Shi Y, Zhu X, Chai J. - The application of chopping method for phacoemulsification of hard nucleus cataract. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 1999 Mar;35(2):88-90. Chinese.
4. Lacmanovic Loncar V, Petric I. - Surgical treatment, clinical outcomes, and complications of traumatic cataract: retrospective study. *Croat Med J*. 2004 Jun;45(3):310-3.
5. Popiela G, Markuszewska J, Chelstowska J, Szalinski M. - Analysis of phacoemulsification complications during mastering of the method. *Klin Oczna*. 2004;106(1-2):23-7. Polish.
6. Dada T, Sharma N, Vajpayee RB, Dada VK. - Conversion from phacoemulsification to extracapsular cataract extraction: incidence, risk factors, and visual outcome. *J Cataract Refract Surg*. 1998 Nov;24(11):1521-4.
7. Yeoh R. - The 'pupil snap' sign of posterior capsule rupture with hydrodissection in phacoemulsification. *Br J Ophthalmol*. 1996 May;80(5):486.
8. David T e altri - Intraoperative complications of 1000 phacoemulsification procedures: a Prospective study. 1998.
9. Michael F. et al - Cataract surgery complications in 1 year at an academic institution. 1999.
10. Gimbel HV, Sun R, Ferenowicz M, Anderson Penno E, Kamal A. - Intraoperative management of posterior capsule tears in phacoemulsification and intraocular lens implantation. *Ophthalmology*. 2001 Dec;108(12):2186-9; discussion 2190-2.
11. Muhtaseb M, Kalhor A, Ionides A. - A system for preoperative stratification of cataract patients according to risk of intraoperative complications: a prospective analysis of 1441 cases. *Br J Ophthalmol*. 2004 Oct;88(10):1242-6.
12. Martin KR, Burton RL. - The phacoemulsification learning curve: per-operative complications in the first 3000 cases of an experienced surgeon. *Eye*. 2000 Apr;14 ( Pt 2):190-5.
13. Rengaraj V, Radhakrishnan M, Au Eong KG, Saw SM, Srinivasan A, Mathew J, Ramasamy K, Prajna N V. - Visual experience during phacoemulsification under topical versus retrobulbar anesthesia: Results of a prospective, randomized, controlled trial. *Am J Ophthalmol*. 2004 Nov; 138(5):782-7.
14. Brauweiler P. - Bimanual irrigation/aspiration. *J Cataract Refract Surg*. 1996 Oct;22(8):1013-6. Review.
15. Gavris M, Caciula D, Popa D, Caraus C, Capraru C, Kantor E, Clocotan D. - Phacoemulsification-personal experience on my first 507 cases. *Oftalmologia*. 2004;48(1):48-52. Romanian.
16. Hayashi K, Hayashi H, Nakao F, Hayashi F. - Outcomes of surgery for posterior polar cataract. *J Cataract Refract Surg*. 2003 Jan; 29(1):45-9.
17. Vasavada A, Singh R. - Phacoemulsification in eyes with posterior polar cataract. *J Cataract Refract Surg*. 1999 Feb;25(2):238-45.
18. Liu Y, Liu Y, Wu M, Zhang X. - Phacoemulsification in eyes with posterior polar cataract and foldable intraocular lens implantation. *Yan Ke Xue Bao*. 2003 Jun;19(2):92-4. Chinese.
20. Katsimpris JM, Petropoulos IK, Apostolakis K, Feretis D. - Comparing phacoemulsification and extracapsular cataract extraction in eyes with pseudoexfoliation syndrome, small pupil, and phacodonesis. *Klin Monatsbl Augenheilkd*. 2004 May;221(5):328-33.
21. Syam PP, Eleftheriadis H, Caswell AG, Brittain GP, McLeod BK, Liu CS. - Clinical outcome following cataract surgery in very elderly patients. *Eye*. 2004 Jan;18(1):59-62.
24. Hennig A, Schroeder B, Kumar J. - Learning phacoemulsification. Results of different teaching methods. *Indian J Ophthalmol*. 2004 Sep;52(3):233-4.
25. Cruz OA, Wallace GW, Gay CA, Matoba AY, Koch DD. - Visual results and complications of phacoemulsification with intraocular lens implantation performed by ophthalmology residents. *Ophthalmology*. 1992 Mar;99(3):448-52.
31. Corey RP, Olson RJ. - Surgical outcomes of cataract extractions performed by residents using phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg*. 1998 Jan;24(1):66-72.
32. Kageyama T, Ayaki M, Ogasawara M, Asahiro C, Yaguchi S. - Results of vitrectomy performed at the time of phacoemulsification complicated by intravitreal lens fragments. *Br J Ophthalmol*. 2001 Sep;85(9):1038-40.

# La C.T.U. in Oftalmologia: problematiche attuali

L. Papi

Sezione di Medicina Legale - Università di Pisa

Q

uesto contributo mira a fornire alcuni spunti di riflessione relativi alle problematiche, complesse ed articolate, che

concernono lo svolgimento della consulenza tecnica medico-legale in materia oftalmologica, soprattutto in relazione ai recenti e più significativi sviluppi dottrinari e giurisprudenziali.

La materia della perizia medico-legale in oftalmologia, difatti, è già stata a più riprese autorevolmente affrontata da studiosi ed operatori del settore, sia di cultura medica che giuridica, per cui, anche se alcune delle tematiche oggetto di discussione sono ancora di vivissima attualità, abbiamo ritenuto opportuno concentrare prevalentemente la nostra attenzione su aspetti innovativi o comunque soggetti a nuove rivisitazioni.

Per la verità, contraddicendo subito i propositi sopra espressi, cominceremo questa nostra trattazione partendo da un aspetto certamente non nuovo, ma sul quale riteniamo opportuno spendere qualche riflessione, poiché da ritenersi preliminare alla trattazione del merito del tema assegnatoci, vale a dire quello relativo alla scelta del consulente

tecnico.

Sul punto già si espressero Macchiarelli, Zaami ed Arcangeli (1996)<sup>1</sup> sottolineando quanto segue *“In un passato assai recente l’incarico peritale relativo al danno oculistico (sia in ambito civile che penale) veniva generalmente affidato dall’A.G. al solo medico legale ritenuto il destinatario naturale delle competenze necessarie all’accertamento del danno ed alla conseguente valutazione di esso. [...] Nell’arco di qualche anno, invece, numerosi fattori quali ... le continue acquisizioni in materia di fisiopatologia oculare, l’utilizzo di sempre più nuove metodiche per la determinazione della funzione visiva e di sofisticate tecniche microchirurgiche ... hanno di fatto comportato la necessità di affiancare al medico legale uno specialista che sia in possesso delle necessarie nozioni tecniche in relazione alla specifica patologia oculare su cui verte l’indagine peritale. [...] Peraltro attualmente si verifica sempre più spesso l’eventualità che l’oculista venga chiamato dal magistrato ad assumere da solo l’incarico, in quanto ritenuto particolarmente esperto nella materia in oggetto. Ciò comporta che l’oculista, oltre a possedere quella particolare competenza che gli deriva dalla propria specializzazione, deve*

*dimostrare di conoscere gli aspetti tecnici della elaborazione peritale e le modalità del ragionamento medico-legale”*

La scelta del consulente (o del perito) può operarsi all’interno di una articolata gamma di opzioni a disposizione del Giudice, sia esso operante in ambito penale che in ambito civile:

- 1) Specialista in medicina legale?
- 2) Specialista in oculistica?
- 3) Specialista in medicina legale con possibilità di avvalersi di ausiliare oculista?
- 4) Specialista in oculistica con possibilità di avvalersi di ausiliare medico-legale?
- 5) Entrambi?
- 6) Nessuno dei due?

La differenza tra le ipotesi 3) e 4) (incarico affidato ad un solo consulente con facoltà di avvalersi dell’altro) differisce dall’ipotesi sub-5) (nomina diretta di due consulenti) per il fatto che, nella prima ipotesi, l’ausiliare specialista può fornire solo un’opera di assistenza tecnica di natura oggettiva (es. effettuazione degli esami specialistici, clinici o strumentali ritenuti necessari dal consulente) astenendosi dal formulare giudizi o valutazioni sul merito (come espressamente richiamato nell’art. 228 del codice di procedura penale: *“Il perito procede alle ope-*

“

***Attualmente si verifica sempre più spesso l’eventualità che l’oculista venga chiamato dal magistrato ad assumere da solo l’incarico, in quanto ritenuto particolarmente esperto nella materia in oggetto***

”



*razioni necessarie per rispondere ai quesiti. A tal fine può essere autorizzato dal giudice a prendere visione degli atti, dei documenti e delle cose, prodotti dalle parti, dei quali la legge prevede l'acquisizione al fascicolo per il dibattimento. Il perito può inoltre essere autorizzato ad assistere all'esame delle parti e all'assunzione di prove nonché a servirsi di ausiliari di sua fiducia per lo svolgimento di attività materiali non implicanti apprezzamenti e valutazioni").*

Nell'ipotesi della scelta di un CTU specialista in medicina legale, che si avvalga di un ausiliare oculista, emergono palesi difficoltà di svolgimento del compito relativamente al fatto che appare troppo limitativo circoscrivere l'attività dell'esperto in materia oculistica alla mera esecuzione degli accertamenti strumentali richiesti; il medico legale può, difatti, non essere in grado di individuare le tipologie di esami da effettuare né di interpretarne adeguatamente i risultati, soprattutto in presenza di problematiche specialistiche (se non ultraspecialistiche) in materia di nesso di causa e di responsabilità professionale.

Nella situazione opposta, è del pari da rigettare l'ipotesi operativa nella quale lo specialista clinico svolga tutta l'attività di consulenza (accollandosi la trattazione integrale delle problematiche prettamente medicolegali), avvalendosi magari dello specialista medico-legale solo per tradurre in termini percentualistici la menomazione anatomico-funzionale riscontrata, ciò anche nella mera (ed a nostro giudizio, non condivisibile) ipotesi che tale fase di quantificazione del danno possa ritenersi procedura tecnica puramente oggettiva non implicante apprezzamenti personali.

L'opzione ultima potrebbe apparire provocatoria, in relazione al fatto che appare scontata una scelta di tipo specialistico, ma nella realtà purtroppo non lo è poiché non sempre l'affidamento di incarico da parte dei giudici avviene sulla base dell'effettiva qualificazione professionale o quanto meno sulla prepa-

razione specialistica.

Appare dunque auspicabile la nomina congiunta di due specialisti, uno medico-legale e l'altro oculista, in quanto il primo è necessario per fornire l'adeguata metodologia operativa ed il corretto inquadramento valutativo del caso (basti anticipatamente far cenno alle fondamentali diversità che sussistono in materia di quantificazione del danno e di accertamento del nesso di causa a seconda del contesto -penale o civile, assicurativo privato, previdenziale, assistenziale- nel quale ci si trovi ad operare) mentre l'apporto di conoscenze del secondo è ineludibile nel campo di una materia così peculiare ed ultraspecialistica quale la branca oftalmologica.

Altro aspetto importante dell'accertamento oculistico ai fini medicolegali è quello che concerne il diverso rapporto medico-paziente, così sunteggiato da Lucente (1996)<sup>2</sup> *"Tale duplice confine che demarca la figura del medico legale (e nella specifica situazione, anche dell'oculista che opera con finalità medicolegali - nostra annotazione) da quella del c.d. clinico si riflette fatalmente sull'attività del primo, nella misura in cui su tale attività incida e rilevi la mancanza di quel rapporto fiduciario che, per definizione, caratterizza, invece, ogni rapporto tra professionista e cliente, e così anche, in particolare, tra medico e paziente"*.

Ciò è tanto vero anche in rapporto alle modalità di effettuazione della visita specialistica, così come sottolineato da Calabria e Macrì (1996)<sup>3</sup> *"La visita oculistica in funzione medico-legale deve tener conto della differente impostazione psicologica del rapporto medico-paziente e nel contempo della necessità di raccogliere il maggior numero possibile di dati obiettivi per poter giungere alla quantificazione del danno [...] L'accertamento diagnostico deve essere obbligatoriamente del tutto innocuo e dovrebbe fornire dati obiettivi [...] Purtroppo gli esami strumentali che permettono di valutare visus e campo visivo sono allo stato attuale esami basati*

*sulla collaborazione del paziente ed i cui risultati possono essere sovvertiti o modificati dalla volontà del probando"*.

Questa constatazione ci porta direttamente a (soltanto) segnalare le specifiche problematiche tecniche in tema di simulazione (solitamente mirata al conseguimento di benefici economici maggiori rispetto a quelli effettivamente dovuti in contesto di indennizzo e/o risarcimento o di erogazione di prestazioni di protezione sociale) e dissimulazione (riferita ad infermità preesistenti per le stesse finalità sopra esposte, ovvero di menomazioni altrimenti ostative per il conseguimento di specifiche idoneità quali quella alla guida, al porto d'armi, per l'arruolamento al servizio militare con mansioni specifiche, per lo svolgimento di particolari attività professionali)<sup>4</sup>.

Come già anticipato, l'accertamento medico-legale in materia oculistica può essere richiesto dal magistrato sia in ambito penale che in ambito civile.

Nel primo caso solitamente si tratterà di accertare l'eventuale ricorrenza di lesioni personali a seguito della condotta dolosa ovvero colposa di soggetti terzi; nel caso di responsabilità professionale medica ovviamente si verterà in tema di lesioni personali colpose, che sono così definite nel codice penale:

*Lesione personale colposa grave: malattia di durata superiore ai 40 giorni ovvero concorre una delle circostanze aggravanti previste dall'art. 583 per la corrispondente lesione dolosa (malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni, indebolimento permanente di un senso o di un organo). Per tali lesioni è prevista la pena della reclusione da 1 a 6 mesi o della multa da Euro 123,95 a Euro 619,75.*

*Lesione personale colposa gravissima: quando deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile ovvero concorre una delle circostanze aggravanti previste dall'art. 583 per la corrispondente lesione*

*dolosa (incapacità di procreare, perdita di un senso o di un organo o dell'uso di un arto, grave difficoltà nella favella, sfregio o deformazione permanente del volto). Per tali lesioni è prevista la pena della reclusione da 3 mesi a 2 anni o della multa da Euro 309,87 a Euro 1238,50.*

Vale la pena ricordare, in questo contesto, che nell'ordinamento penale il concetto di organo non corrisponde all'entità anatomica quale definita in ambito biologico, ma è relativo alla specifica funzione cui esso sottintende; pertanto la perdita anatomica e/o funzionale di un globo oculare non realizza la fattispecie di perdita di un organo ma di indebolimento dell'organo della vista (anche se per alcuni si dovrebbe fare riferimento alla perdita della visione stereoscopica e come tale di una funzione ben definita); peraltro si deve tenere presente che la perdita anatomica di un globo oculare, anche se protesizzato, può configurare l'estremo dello sfregio o della deformazione del volto (lesione personale gravissima).

In merito alle problematiche relative agli accertamenti medico-legali in tema di responsabilità penale, un elemento di particolare rilevanza è rappresentato dall'attuale orientamento della Cassazione in materia di nesso di causa per condotta omissiva del medico, delineato dalla Sentenza a Sezioni unite penali n. 30328 dell'11 settembre 2002. Tale sentenza fa seguito ad un periodo caratterizzato da mutevoli orientamenti giurisprudenziali, ora sfavorevoli al medico imputato nel processo penale, ritenuto condannabile anche in presenza di poche possibilità di successo dell'intervento omissivo, ora più benevole verso il sanitario, allorché è richiesta una prova vicina alla certezza in merito al fatto che la condotta omissiva abbia effettivamente causato le conseguenze negative per il paziente. La Corte, in questa importante sentenza, della quale riportiamo di seguito i passaggi più significativi, ha assunto un parametro di giudizio ragionevolmente ispirato ad un "ele-

“

**La visita oculistica  
in funzione medico-legale  
deve tener conto  
della differente  
impostazione psicologica  
del rapporto  
medico-paziente**

”

vato grado di credibilità razionale”, fondato non su mere congetture statistico-epidemiologiche, ma conseguito sulla base della concreta applicabilità alla fattispecie concreta delle conoscenze scientifiche relative al caso in esame

*Corte di Cassazione (Sezioni unite penali - Presidente: N. Marvulli - Relatore: G. Canzio) Sez. Unite - sentenza n. 30328 dell'11 settembre 2002 (omicidio colposo - responsabilità del medico per la morte del paziente - nesso di causalità - condotta omissiva).*

*Sul tema si sono delineati due indirizzi interpretativi all'interno della Quarta Sezione della Corte di Cassazione: al primo orientamento, tradizionale e maggioritario che ritiene sufficienti 'serie ed apprezzabili probabilità di successo' per l'azione impeditiva dell'evento, anche se limitate e con ridotti coefficienti di probabilità, talora indicati in misura addirittura inferiore al 50%, si contrappone l'altro, più recente, per il quale è richiesta la prova che il comportamento alternativo dell'agente avrebbe impedito l'evento lesivo con un elevato grado di probabilità 'prossimo alla certezza', e cioè in una percentuale di casi 'quasi prossima a cento'*

*Criteri*

*a) Il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifi-*

*ca - universale o statistica -, si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta a doverosa impeditiva dell'evento hic et nunc, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.*

*b) Non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con alto o elevato grado di credibilità razionale o "probabilità logica".*

Sempre rimanendo in ambito penale, si segnala la possibilità di affidamento di consulenze tecniche nonché di perizie in tema di responsabilità del pubblico ufficiale in materia di idoneità; tale accertamento medico-legale può essere richiesto in relazione a reati commessi mediante condotta dolosa (con previsione di illeciti penali in tema di falsità, concussione, interesse privato in atti d'ufficio, truffa) ovvero colposa (a seguito di erronea prestazione nella valutazione di specifiche idoneità del soggetto in relazione alle sue capacità visive); in tale seconda ipotesi possono profilarsi, per il pubblico ufficiale che abbia concesso tali attestazioni di idoneità, profili di responsabilità indiretta per fatti commessi dal soggetto erroneamente giudicato idoneo e causalmente correlati alla condizione di deficit visivo (es. omicidio colposo o lesioni personali a seguito incidente stradale, nautico, sportivo, da uso di armi) ovvero di responsabilità per aggravamento della menomazione visiva in soggetti ritenuti idonei a

specifiche attività (servizio militare, lavorazioni a rischio, sport).

La consulenza tecnica in materia civile, come è noto, può riguardare ambiti valutativi alquanto diversi tra loro ed è pertanto necessario possedere, per il suo corretto svolgimento, una completa padronanza delle specifiche normative e della peculiare criteriologia tecnica propria di ciascun diversificato settore valutativo, sia in relazione all'accertamento del nesso di causa, sia riguardo i parametri valutativi da adottare a seconda delle circostanze. Non ci pare pleonastico ribadire che un ottimale adeguamento delle conoscenze specialistiche di natura oftalmologica al settore in cui si rende necessario l'accertamento tecnico non può che derivare da una compenetrazione ed integrazione delle rispettive con le competenze medico-legali.

A puro titolo di esempio, allo scopo di evidenziare le difformità criteriologiche che debbono essere adottate nei vari ambiti civilistici, basti pensare alla diversa considerazione con la quale, in materia di accertamento del nesso di causa tra evento verificato e menomazione accertata, deve essere stimata l'incidenza di eventuali elementi concausali: in responsabilità civile il risarcimento è solitamente dovuto per il maggior danno derivato dal fatto illecito ove aggravato da condizioni di preesistente infermità; in infortunistica del lavoro vi è l'ammissibilità della concausa con valutazione finale basata su formule prestabilite (formula di Gabrielli); in ambito di invalidità pensionabile INPS e di invalidità civile le concause non hanno rilevanza sul riconoscimento dei diritti economico-sanitari; in infortunistica privata l'indennizzo è limitato alle sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio con esclusione delle concause in relazione sia all'eventuale aggravamento della lesione che della menomazione residua.

In materia di recenti svolgimenti legislativi pertinenti al tema in trattazione, si deve tenere presente il definitivo accoglimento del concetto

“  
**Un ottimale adeguamento delle conoscenze specialistiche di natura oftalmologica al settore in cui si rende necessario l'accertamento tecnico non può non derivare da una compenetrazione ed integrazione delle rispettive con le competenze medico-legali**  
”

di danno biologico quale parametro di valutazione del danno alla persona, così come sostanzialmente elaborato dalla dottrina medico-legale e giuridica e dalla giurisprudenza, in due importanti provvedimenti di legge, l'uno relativo alla riforma I.N.A.I.L. (D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38 pubblicato su Gazz. Uff. Serie Generale n. 50 del 1 marzo 2000)<sup>5</sup> e l'altro in quella concernente il risarcimento dei danni alla persona di lieve entità prodotti da sinistro stradale (legge 5 marzo 2001 n. 57 e Decreto 3 luglio 2003 pubblicato su Gazz. Uff. Serie Generale n. 211 dell'11 settembre 2003).

Preliminarmente si deve sottolineare come in ambito dottrinario medico-legale si fosse giunti (in occasione del Congresso della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni svoltosi a Ferrara nel 2001) alla stesura di un'articolata puntualizzazione (Decalogo) dei concetti cardine cui ispirarsi per una corretta valutazione del danno alla persona, che riteniamo opportuno di seguito riportare<sup>6</sup>:

1) *Il danno biologico consiste nella menomazione permanente e/o temporanea all'integrità psico-fisica della persona, comprensiva degli aspetti personali dinamico-relazionali, passibile di accertamento e di valutazione medico-legale ed indipendente da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito.*

2) *La valutazione del danno biologico è espressa in termini di percentuale della menomazione all'integrità psico-fisica, comprensiva della incidenza sulle attività quotidiane comuni a tutti.*

3) *Nel caso in cui la menomazione stessa incida in maniera apprezzabile su particolari aspetti dinamico-relazionali e personali, la valutazione è completata da indicazioni aggiuntive da esprimersi in forma esclusivamente descrittiva.*

4) *La valutazione del danno biologico permanente deve essere formulata dopo stabilizzazione dei postumi, tenendo anche conto degli elementi prognostici aventi carattere di certezza o di elevata probabilità.*

5) *La valutazione dovrà indicare se il danno biologico permanente può essere modificato dall'applicazione di ortesi e/o di protesi e di idonei trattamenti.*

6) *La valutazione del danno biologico permanente deve tener conto dello stato anteriore del danneggiato in rapporto alla maggiore o minore incidenza invalidante dei postumi che può derivarne*

7) *In caso di menomazioni plurime la percentuale del danno biologico permanente deve essere espressa in base alla valutazione della effettiva incidenza del complesso delle menomazioni stesse sull'integrità psico-fisica della persona comprensiva delle limitazioni dinamico-relazionali.*

8) *Perdite anatomiche e perdite funzionali pur interessanti lo stesso arto, organo ed apparato possono comportare diversa quantificazione percentuale del danno biologico permanente.*

9) *Le percentuali indicate nella tabella rappresentano valori orientativi, medi.*

10) *La eventuale riduzione della capacità lavorativa del danneggiato è categoria diversa rispetto alla quantificazione percentuale del medesimo; essa verrà prioritariamente espressa in termini descrittivi ed eventualmente integrata da una sintesi quantitativa.*

Nei testi normativi sopra richiamati<sup>7</sup>,

entrambi peraltro gravati da un'alea di provvisorietà, in quanto esplicitamente redatti in attesa di una definizione organica della disciplina del danno alla persona, il concetto di danno biologico viene definito per legge quale "lesione all'integrità psico-fisica" suscettibile, rispettivamente, di "valutazione medico-legale" (comma 1, art. 13 del D.Lgs. 38/2000) ovvero di "accertamento medico-legale" (comma 3, art. 5 della legge 57/2001), indipendente dalla incidenza della menomazione sulla capacità di produrre reddito da parte del danneggiato.

Si tratta dunque di un totale recepimento, in un testo con dignità di legge dello Stato, di concetti saldamente affermati in ambito dottrinario, giurisprudenziale ed operativo, anche se finalizzato ad un contesto applicativo specifico, quale quello INAIL, ovvero settoriale quale quello della responsabilità civile per danni da circolazione stradale limitato alle fattispecie di lievi menomazioni alla persona (percentualmente esprimibili al di sotto del 10% di danno biologico permanente).

Sotto l'aspetto propriamente valutativo (semplicisticamente etichettabile anche come "tabellare") è da sottolineare che, nonostante l'uniformità del parametro di riferimento rappresentato dal danno biologico attualmente in posizione centrale e preminente sia in ambito INAIL che in RC, permangono ancora apprezzabili differenziazioni nell'approccio di stima della menomazione all'integrità psico-fisica nei due diversi settori applicativi, così come delineato da specifici studi in materia (assumendo a riferimento per la responsabilità civile le indicazioni contenute nella "Guida" di Bargagna e coll.<sup>8</sup>). In riferimento ai deficit della funzione visiva, si segnala che, relativamente alla ipovisione per lontano, in ambito INAIL è stata adottata una valutazione ad andamento progressivo lineare, alla quale si contrappone una valutazione di tipo logaritmico esponenziale propria della Guida; tale diversità di progressione dell'entità percentuale in rapporto all'aggravarsi della meno-

“

**La elaborazione di una consulenza tecnica di ufficio richiede l'utilizzazione di una corretta metodologia medico-legale nei vari passaggi tecnico-operativi che tale accertamento comporta**

”

mazione visiva determina notevoli difformità percentualistiche, soprattutto per danni visivi bilaterali di apprezzabile entità (a titolo di esempio, un deficit del visus con residuo bilaterale di 3/10 viene valutato con il 42% a tabella INAIL e con il 20% nella Guida). Peraltro si sottolinea come di recente, da vari Autori, si è sostenuta la opportunità di rivedere i criteri valutativi adottati nella Guida sopra citata in quanto ritenuta eccessivamente penalizzante per molte fattispecie menomative.

La legge 5 marzo 2001 n. 57 ed il successivo Decreto 3 luglio 2003 introducono, per la prima volta nel nostro Paese, connotazioni metodologiche ed indicazioni valutative del danno biologico in ambito di responsabilità civile. Molte sono, invero, le perplessità che tale provvedimento di legge ha suscitato in ambito medico-legale, soprattutto in relazione alle insite limitazioni ed inevitabili contestazioni che si accompagnano alla elaborazione di una tabella di percentuali menomative limitata ad una soglia massima del nove per cento<sup>9</sup>. Per quanto concerne l'apparato visivo si ritrovano alcune voci, per lo più relative a deficit del visus (peraltro riferite solo a danni monolaterali) ed altre fattispecie "accessorie", indicazioni che ben difficilmente possono rappresentare un riferimento esaustivo anche limitatamente al solo circoscritto ambito delle cosiddette micropermanenti. Queste le voci presenti in tabella:

*Riduzione monolaterale del visus per lontano con residuo 9/10 (1%)*

*Riduzione monolaterale del visus per lontano con residuo 8/10 (1%)*  
*Riduzione monolaterale del visus per lontano con residuo 7/10 (3%)*  
*Riduzione monolaterale del visus per lontano con residuo 6/10 (5%)*  
*Riduzione monolaterale del visus per lontano con residuo 5/10 (7%)*  
*Necessità di fare uso di lenti correttive (<3%)*  
*Blefarospasmo, Lagoftalmo, Epifora, Ectropion, Entropion, obliterazione monolaterale delle vie lacrimali (<5%).*

Al di là dei meri riferimenti tabellari, la elaborazione di una consulenza tecnica di ufficio in materia di valutazione del danno alla persona richiede l'utilizzazione di una corretta metodologia medico-legale nei vari passaggi tecnico-operativi che tale accertamento comporta. A questo proposito si riportano alcune indicazioni metodologiche derivate da una recentissima pubblicazione curata da un gruppo di studio finalizzato alla elaborazione di linee-guida fruibili in vari settori operativi delle scienze medico-legali, tra cui appunto quello relativo alla valutazione del danno alla persona<sup>10</sup>.

#### SCHEMA DI RELAZIONE TECNICA<sup>11</sup>

##### Affidamento di incarico e resoconto delle operazioni peritali

- 1) *Giudice, data dell'udienza di affidamento*
- 2) *Quesiti riportati per esteso (o sintesi esauriente)*
- 3) *Sede, data di inizio (e di prosecuzione) delle operazioni*
- 4) *Presenza del CTP e loro richieste*

##### Documentazione in atti

- 1) *Sommatoria descrizione dei fatti di causa ed esposizione delle contrapposte pretese delle parti (se appropriato)*
- 2) *Riproduzione testuale delle parti più significative*
- 3) *Sintesi degli eventuali pareri medico-legali di parte*

##### Anamnesi familiare, fisiologica, patologica remota

*sintetica se indifferente ai fini della*

consulenza

dettagliata se rilevante in merito alla valutazione dello stato anteriore, del nesso di causa e della personalizzazione del danno (es. affezioni oculari del periziando e/o familiari, malattie dismetaboliche, cardiovascolari, nervose, traumi cranici e/o oculari, interventi chirurgici, uso di lenti, servizio militare, patente, porto d'armi)

Anamnesi lavorativa

Specificare sempre la qualifica lavorativa attuale e quella svolta al momento del fatto.

Dettagliata se rilevante ai fini della determinazione del nesso causale (fonti di calore, radiazioni ionizzanti, laser, polveri minerali, gas e vapori irritanti, videoterminali, luminosità ambienti) e della quantificazione del danno alla capacità lavorativa specifica

Anamnesi circostanziale

Fatto: descrizione accurata delle modalità, tipologia di trauma e natura dell'agente lesivo, in caso di trauma specificare sede di trauma (diretto se bulbare, indiretto se cranio-facciale o altre sedi), caratteri delle lesioni evidenti o documentati, disturbi visivi immediati (riduzione visus e/o campo visivo, alterazioni della vista, sede e caratteristiche del dolore)

Eventuali integrazioni della documentazione in merito all'evoluzione clinica: durata dei disturbi, loro andamento nel tempo, ripresa dell'attività lavorativa, ripresa della guida di veicoli, pratica di sport ed hobbies (TV, cinema, lettura)

Esame obiettivo

generale: può essere omesso se ritenuto indifferente

locale: dettagliato, preferibilmente corredato di fotografie per la documentazione del danno estetico

Esami strumentali e/o di laboratorio

Esami già effettuati ma non prodotti in atti: possono essere acquisiti e valutati se non vi è opposizione delle parti od espresso diniego da parte del Giudice.

Nuovi esami: tenere conto delle controindicazioni e della invasività

“

**La colpa grave  
in ambito di espletamento  
di attività peritali  
può ravvisarsi  
per imperizia,  
negligenza,  
imprudenza**

”

(compresi esami radiologici). L'esecutore di un eventuale esame ultraspecialistico deve limitarsi a fornire il dato oggettivo senza valutazioni.

Sempre in ambito di responsabilità civile, si devono segnalare i recenti sviluppi di un filone di dottrina giuridica<sup>12</sup>, in parte recepiti dalla giurisprudenza di merito, che propende per il riconoscimento di una nuova figura di danno, etichettato come “danno esistenziale” nel contesto del risarcimento del danno alla persona. Questa nuova figura di danno dovrebbe fungere da elemento di integrazione o compensazione per quelle situazioni nelle quali la attuale tripartizione (danno biologico, danno morale, danno patrimoniale) derivata dalla storica sentenza della Corte Costituzionale n. 184/86 sia ritenuta inadeguata ad assicurare un congruo risarcimento del danno alla persona, ovvero quando non vi siano i presupposti per l'ammissibilità del danno morale (risarcibile solo nei casi di illecito penale) come in caso di mancato positivo accertamento della colpa, per sofferenza psichica prolungata (danno morale “permanente”), ovvero ove vi sia mancanza del danno biologico ma ugualmente compromissione delle attività realizzatrici della persona (questo tipo di situazioni risarcitorie peraltro dovrebbe esulare dalle competenze mediche). A titolo di esempio, nel caso di menomazioni visive, potrebbe essere richiesto il risarcimento del danno esistenziale da parte di uno sportivo reso inabile allo svolgimento dell'attività prediletta, ovvero da colui che ha l'hobby

della pittura e che ne viene impedito per effetto del danno patito. In realtà, più che nuove figure di danno, si tratta di particolari situazioni nelle quali il danno biologico (riferito cioè alla tipologia di menomazione) incide in maniera peculiare sulla vittima, per cui si rende necessaria un'adeguata personalizzazione del danno alla persona nel procedere alla stima monetaria (condizione prevista anche nei “Criteri applicativi” del Decreto 3 luglio 2003 sopra richiamato “Ove la menomazione accertata incida in maniera apprezzabile su particolari aspetti dinamico-relazionali personali, lo specialista medico legale dovrà fornire motivate indicazioni aggiuntive che definiscano l'eventuale maggior danno tenuto conto delle condizioni soggettive del danneggiato”).

Una recente sentenza della Corte di Cassazione (sentenza 3 luglio 2003 n. 233) ha modificato la preesistente tripartizione dei danni alla persona (danno biologico, danno morale, danno patrimoniale) cui sopra si è fatto cenno, sancendo la non patrimonialità del danno alla salute (affermata dalla sentenza 184/86 Corte Costituzionale non in ragione delle caratteristiche in sé del danno biologico quanto sul fatto che esso è stato ritenuto suscettibile di valutazione economica fondata su principi oggettivi), definendo un nuovo ordine risarcitorio basato sulla dicotomia tra danni patrimoniali (quelli derivanti cioè da dimostrata contrazione di reddito a seguito del fatto ingiusto) e danni non patrimoniali, nel cui contesto trovano luogo il danno morale (non più vincolato alla sussistenza di un illecito penale), il danno biologico e, potenzialmente, ulteriori danni derivanti da violazione di un diritto costituzionalmente garantito.

Da segnalare, per quanto ci concerne, che, in linea con questa impostazione risarcitoria, una recente sentenza del Tribunale di Venezia<sup>13</sup> ha ammesso la risarcibilità per mancata acquisizione di un consenso valido<sup>14</sup>, indipendentemente dalla commissione di errori professionali

nella condotta terapeutica, riferendosi nella fattispecie alla sussistenza di un danno sul piano esistenziale in quanto violazione di un diritto di rango costituzionale quale quello all'autodeterminazione del paziente. E' ovvio che sentenze di questo tenore aprono nuovi (ed inquietanti) scenari in materia di responsabilità professionale medica nei quali potremmo trovarci ad operare in un futuro non molto lontano.

In conclusione di questa rassegna in merito alle nuove problematiche della perizia e consulenza tecnica in ambito oftalmologico, riteniamo opportuno segnalare il nuovo e crescente interesse che la dottrina e la giurisprudenza stanno riservando ad una questione del tutto peculiare, quale quella della responsabilità professionale del perito o del consulente tecnico<sup>15</sup>.

Il codice penale prevede sanzioni severe per i periti che indebitamente si sottraggano all'obbligo di svolgere gli accertamenti tecnici richiesti dagli organi di giustizia (art. 366 c.p. *Rifiuto di uffici legalmente dovuti* "Chiunque, nominato dall'A.G. ottie-

ne con mezzi fraudolenti l'esenzione dall'obbligo di comparire o di prestare il suo ufficio, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa) ovvero che si rendano protagonisti di attestazioni false (art. 373 c.p. *Falsa perizia* "Il perito ... che nominato dall'A.G. dà parere o interpretazioni mendaci, o afferma fatti non conformi al vero, è punito con la reclusione da 2 a 6 anni"), presupponendo ovviamente, per entrambi i reati, una condotta di tipo doloso. Del pari è prevista dall'art. 64 c.p.c. la perseguibilità per condotte peritali gravemente colpose, con applicazione di pene severe e possibilità di obbligo di risarcimento alle parti lese "Si applicano al consulente tecnico le disposizioni del codice penale relative ai periti. In ogni caso il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti, è punito con l'arresto fino ad un anno o con l'ammenda fino a lire venti milioni. ... In ogni caso è dovuto il risarcimento dei danni causati alle parti". La colpa grave in ambito di espletamento di attività peritali può

ravvisarsi per imperizia (grossolani errori d'interpretazione dei dati, utilizzo di tecniche obsolete, ignoranza dei concetti medico-legali in tema di nesso causale, responsabilità, valutazione del danno), negligenza (smarrimento di documenti, mancati approfondimenti necessari), imprudenza (effettuazione di consulenze in materie specialistiche di cui non si abbia cognizione).

Questi sintetici richiami dovrebbero servire, più che da ammonimento per i consulenti gravemente inadempienti, a sensibilizzare tutti noi che, abitualmente od occasionalmente, svolgiamo accertamenti tecnici per conto dell'Autorità Giudiziarica, circa la delicatezza e l'importanza del compito a noi assegnato, avendo ben presente le possibili conseguenze che le nostre decisioni (sia in materia penale che civile) possono determinare per altri soggetti, da cui la necessità di un richiamo a svolgere la nostra opera con tutta la cura e la scrupolosità che ogni singolo caso, anche quello apparentemente più banale, richiede.



**Bibliografia**

<sup>1</sup>Macchiarelli L., Zaami S., Arcangeli M. La perizia medico-legale in oftalmologia", Atti del Terzo Congresso S.I.O.L. - Montecatini, 4 maggio 1996

<sup>2</sup>Lucente G. "La differente impostazione psicologica del rapporto medico-paziente in oftalmologia legale" Atti del Terzo Congresso S.I.O.L. - Montecatini, 4 maggio 1996

<sup>3</sup>Calabria G., Macri A. "Gli accertamenti strumentali nella pratica medico-legale oculistica" Atti del Terzo Congresso S.I.O.L. - Montecatini, 4 maggio 1996 "La perizia medico-legale in oftalmologia".

<sup>4</sup>Per un commento più dettagliato in tema di simulazione e dissimulazione in ambito oftalmologico si rimanda ai contributi di F. De Vitto "La simulazione" e di P. Cardona, B. Pannain, M. Rizzo "La dissimulazione" negli Atti del Primo Congresso S.I.O.L. - Montecatini, 14 aprile 1994 "Verso un più corretto e moderno criterio di valutazione del danno in oftalmologia".

<sup>5</sup>Per una puntualizzazione circa i vari aspetti applicativi del Decreto v. Cimaglia G., Rossi P. "Il danno biologico - Le tabelle di legge", ed. Giuffrè, Milano, 2001.

<sup>6</sup>Per un articolato commento al Decalogo, vedi, tra gli altri, R. Domenici "Il decalogo della SIMLA sul danno biologico (Ferrara 2001)" *Danno e Responsabilità* n. 6/2002; 675-683.

<sup>7</sup>Per una comparazione tra questi due provvedimenti legislativi, vedi Papi L., Perugino L. "Raffronto sulla criteriologia valutativa e i riferimenti tabellari tra il D. Lgs. n. 38/2000 e la nuova disciplina delle cosiddette micropermanenti in responsabilità civile", Atti Convegno INAIL 5 maggio 2004, Firenze (in corso di stampa).

<sup>8</sup>"Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente" (Autori: M. Bargagna, M. Canale, F. Consigliere, L. Palmieri, G. Umani Ronchi, Primo collaboratore: L. Papi; Giuffrè, Milano, terza edizione anno 2001).

<sup>9</sup>Per articolati commenti tecnici vedi

F.D. Busnelli, M. Bargagna, A. Nanipieri, D. Poletti, G. Comandé, S. Badalassi, G. Turchetti, L. Papi "Legge 5 marzo 2001 n. 57. Un primo commento: profili giuridici, medico-legali ed attuariali" nel "La valutazione del danno alla salute" a cura di M. Bargagna, F.D. Busnelli, 4<sup>a</sup> ed., CEDAM, Padova, 2001 e G. Umani Ronchi "Riflessioni sulla tabella delle menomazioni alla integrità psico-fisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità (Decreto del Ministero della salute 3.7.2003)" *Jura Medica*, 2,2003:191-196; Umani Ronchi G., Bolino G., Castrica R., Ceccarelli Morolli M., Lista L., Ossicini A. "La consulenza tecnica in medicina legale", ed. Giuffrè, Milano, 2000.

<sup>10</sup>Domenici R., Norelli G.A. "Proposta preliminare di flow-chart in tema di danno alla persona" *Difesa Sociale* suppl. n. 6 -2003. Sullo stesso argomento vedi anche Domenici R., Papi L. "La consulenza tecnica d'ufficio" ne "La valutazione del danno alla persona" a cura di Bargagna M. e Busnelli F. D., quarta edizione, Cedam, Padova, 2001 e .

<sup>11</sup>Su questi aspetti vedi anche Morra M. "La perizia medico-legale in materia oculistica" *Minerva Med. Leg.* n.2/1991.

<sup>12</sup>Il rappresentante principale e promotore di queste nuove tendenze è Paolo Cendon (v. P. Cendon, Ziviz P. "Il danno esistenziale", ed. cedam, Padova, 2000).

<sup>13</sup>Si riportano i brani più significativi della sentenza Tribunale di Venezia sez. III Civile 4 ottobre 2004: "In ogni caso un'informazione fornita in modo non pienamente comprensibile dall'interlocutore, nella sostanza non è in grado di assolvere la sua funzione ed equivale ad una non informazione, ossia l'esatto contrario del dovuto.

[...] poco rileva sapere come l'Attrice si sarebbe comportata qualora avesse avuto piena contezza in ordine ai rischi di complicazioni.

Quello che rileva è che la M. non è stata in condizioni di esprimere un consenso realmente informato [...] L'inadempimento non investe le

modalità di esecuzione dell'operazione chirurgica, ma l'obbligazione informativa con il rischio di mettere in secondo piano l'interesse oggetto di tutela: il diritto alla scelta della paziente [...]

appare possibile circoscrivere l'ambito del pregiudizio di natura non patrimoniale ... a quello correlato al piano esistenziale, da intendersi come riparazione correlata alla privazione del diritto alla scelta consapevole da parte del paziente. [...]

Al riguardo, consapevole della mancanza di una scala parametrata su basi oggettive o che quanto meno siano in grado di tradurre in termini economici oggettivi il pregiudizio patito, non resta che una valutazione pienamente equitativa liquidando all'attualità il danno patito dall'Attrice nella somma di Euro 100.000.

[...] quello dell'autodeterminazione in ordine alla propria salute costituisce un valore primario di rango costituzionale, da cui non si può prescindere, pena la rinuncia al valore di base della nostra società".

<sup>14</sup>Per le complesse problematiche circa il consenso in oftalmologia vedi gli atti del Congresso "Il consenso all'atto medico in oftalmologia", Firenze, 8 marzo 1997

<sup>15</sup>Per ulteriori approfondimenti, vedi sul punto Farneti A. "La responsabilità del medico legale" *Collana Medico Giuridica* n. 6, ed. Acomep, 1998; Introna F., De Donno A. "La responsabilità del perito/CTU nei procedimenti per colpa medica" in Atti del Convegno "La responsabilità professionale del medico-legale", Carra ed.; L. Palmieri "La responsabilità nella prestazione medico-legale" in *La Responsabilità medica in ambito civile*, ed. Giuffrè, Milano, 1989; Barni M. *La responsabilità professionale dello specialista medico-legale e dello pseudo-specialista medico-legale nell'ambito delle attività di interesse civile e penale* in *La Responsabilità professionale del medico legale*, Atti del Convegno, Lecce, 28 settembre 2002; Lepre A. "Considerazioni sulla responsabilità del consulente tecnico d'ufficio e del perito" *Responsabilità Civile e Previdenza* n. 6/2004.

# Il distacco di retina post traumatico. Considerazioni medico legali

Prof. R. Grenga, Dott. G. Morichini, Dott. P.L. Grenga

Dipartimento di Scienze Oftalmologiche - Università degli Studi di Roma "La Sapienza" - Dir. Prof. C. Balacco Gabrieli

L

a problematica del distacco di retina post traumatico che abbiamo già trattato in altre occasioni, assieme al Prof. Pannarale,

sia nella SIOML del 1997 sia nella SOM del 78, rimane tutt'ora un argomento di notevole interesse medico legale. Come in tutta la medicina, non si possono disgiungere le considerazioni cliniche da quelle medico legali, essendo le seconde elaborazione

delle prime ed essendo solo la perfetta conoscenza delle prime presupposto indispensabile alla corretta formulazione delle seconde.

Il trauma può agire sul segmento posteriore del bulbo oculare per via diretta, indiretta o vascolare.

Tab. I

**Modalità di azione del trauma  
con conseguenze sul segmento posteriore del bulbo**

*a) Traumi diretti del bulbo oculare*

- traumi "a bulbo chiuso" (o "contusivi") per insulti diretti per trasmissione meccanica, aerea, idrica
- traumi "a bulbo aperto" (o "perforanti") per insulti diretti per trasmissione meccanica, aerea, idrica

*b) Traumi indiretti del bulbo oculare* trasmissione trans-tissutale per traumi a varia distanza dal bulbo

- Perioculari
- Cranio-facciali
- Corporei non cranio-facciali

*c) Traumi vascolari*

Lesioni delle membrane oculari da impulsi o insulti "vascolari", per effetti trasmessi alle strutture oculari attraverso l'apparato circolatorio (traumi a distanza dal bulbo).

**I traumi diretti del bulbo oculare** possono verificarsi (v. Tab. I) con meccanismi di trasmissione meccanica (corpi contundenti o perforanti) o aerea (scoppi) o idrica (scoppi sottomarini). Gli insulti che essi comportano sono costituiti sia da impulsi "diretti" che da impulsi

"riflessi" o "per contraccolpo": naturalmente i primi prevalgono sui secondi nei traumi perforanti (Duke Elder, 1972).

Come impulsi o insulti "**diretti**" indichiamo insulti derivanti da meccanismi di forze agenti su una zona di impatto primario e da questa irra-

diantisi in varie direzioni, con moltiplicazione di impatti.

Come impulsi o insulti "**di ritorno**" o "**da contraccolpo**" o "riflessi" indichiamo insulti derivanti da meccanismi di forze che dai punti di impatto secondari si riflettono in

“

**Per il distacco di retina post traumatico non esiste una regola assoluta, solo un'accurata descrizione dei dati clinici in cartella permette di valutare con obiettività l'esistenza o meno del rapporto causale**

”



varie direzioni, con effetti su altri punti, dai quali possono a loro volta partire altre forze d'azione riflesse. Ricordiamo la maggiore esposizione ai traumi diretti delle parti del bulbo oculare non protette dai contorni orbitari (specie parti temporali) ed in proporzione della protrusione dei bulbi dall'orbita ossea, come accade per occhi esoftalmici o per quelli pseudoesoftalmici della miopia elevata.

**I traumi indiretti del bulbo oculare** (v. Tab. I) portati su regioni prossime (perioculari, craniofacciali) o lontane dal bulbo oculare (per es., caduta dall'alto con impatto sulle

gambe o su altre parti corporee) *agiscono sull'occhio con meccanismi particolari*, per i quali le lesioni oculari risultano da *urti del bulbo contro le strutture del contenuto orbitario perioculare e delle pareti ossee dell'orbita*, oltre che da spostamenti bruschi e violenti del contenuto delle camere endoculari (quali vitreo e cristallino o formazioni anomale), per rapporto alle adesioni con le strutture delle pareti oculari (retina, uvea).

Gli impulsi o insulti che essi comportano sono di natura sia "diretta" (impatto primario d'urto contro le varie strutture perioculari), che di "ritorno o contraccolpo o riflessa".

L'entità delle lesioni dovrebbe essere sia in proporzione diretta della forza d'urto che in *proporzione inversa alla distanza dell'impatto traumatico dal bulbo oculare*.

Queste osservazioni restano valide anche nel caso di ferite penetranti (es. da proiettili) cui possono conseguire "meccanismi di scoppio" nell'ambito dei tessuti perioculari.

Le lesioni oculari di origine traumatica possono essere anche prese in esame per i *loro rapporti cronologici di insorgenza al momento del trauma*.

Secondo questo parametro noi possiamo considerarle come classificate nella Tab. II

Tab. II

**Classificazione delle lesioni traumatiche per il tempo di insorgenza rispetto al momento del trauma**

**A - IMMEDIATE:** insorte in stretta connessione di tempo col trauma.

**B - POST-IMMEDIATE:** insorte a distanza di giorni dopo il trauma.

**C - TARDIVE:** insorte a distanza di settimane o mesi dal trauma.

**D - MOLTO TARDIVE:** insorte a distanza di anni dal trauma.

Il distacco di retina si pone tra le lesioni traumatiche che appunto si possono verificare in una varia epoca successiva al trauma e questo rende oggettivamente difficile la sua classificazione come post traumatico in mancanza di una esatta e scrupolosa descrizione del fondo oculare a seguito di trauma, con annotazione e descrizione delle varie lesioni riscontrate e della loro evoluzione nel tempo.

Rimandiamo per la parte clinica ai lavori pubblicati in collaborazione con il Prof. Pannarale ed addentriamoci nella parte più specificatamente medico legale.

Sotto tale luce i punti fondamentali sono due:

- quando possiamo definire un distacco di retina come post traumatico

- come dobbiamo valutare un distacco di retina post traumatico

Al primo interrogativo si risponde accertando il nesso causale con l'evento lesivo denunciato, verificando quindi il legame che intercorre fra due fenomeni, per cui l'uno assume figura di effetto rispetto all'altro.

Tale accertamento deve rispondere quindi ad un criterio cronologico (il tempo trascorso fra il trauma ed il distacco)

ad un criterio topografico (il trauma ha interessato in qualche maniera il bulbo oculare, con riferimento alle varie modalità di azione di un trauma sul bulbo suesposte?)

ad un criterio che valuti l'efficienza lesiva sia qualitativamente che quantitativamente (il trauma aveva forza e modo di determinare il distacco?).

Credo che questo sia in realtà il punto principale sul quale ci confrontiamo spesso. Mi riferisco in particolare quando a seguito di un trauma si realizzi un distacco non immediato, ma a distanza di tempo, qualche volta anni, come abbiamo visto. In questi casi solo una accurata descrizione delle lesioni e della loro evoluzione può portare ad un sereno ed obiettivo giudizio. In mancanza di essa non vi è prova certa ma nemmeno molto probabile e tutto quello che si può fare sono solo ipotesi non verificabili.

**Valutazione del danno in campo penale, civile e delle assicurazioni private**

In sede penale una volta accertato il rapporto causale fra evento e distacco di retina, si pone semplice-

mente il problema di verificare il **periodo di malattia** e se vi è stato **indebolimento o perdita di un organo di senso**. Generalmente trattandosi di un occhio, salvo che il soggetto non sia monocolo e perda completamente la vista, vi è un indebolimento di un organo di senso.

**In sede civile** dovremo discutere di tre tipi di danno, **cioè il danno certo, il danno futuro ed il danno potenziale**.

Il danno certo per quanto riguarda il distacco di retina post traumatico interessa prevalentemente perdite di visus e deficit campimetrici. La valutazione di tali esiti dovrà essere eseguita su tabelle codificate se il danno è derivato da incidente sul lavoro (Inail) o su tabelle generalmente concordate. La valutazione in base a queste ultime è spesso fonte di discussione in quanto non essendo tabellate per Legge, sono frutto della elaborazione personale di gruppi di lavoro. Fra le più usate ricordo quelle della SIMLA (tabelle Bargagna) e quelle della SIOML. Tali tabelle non concordano assolutamente fra loro pur giungendo entrambe ad una valutazione del 25% per la perdita di un occhio. Attualmente peraltro, pur riconoscendo alle tabelle della SIOML un più reale riscontro rispetto al danno oculare, il giudice chiede al CTU quasi sempre la percentuale di danno biologico in base alle tabelle della SIMLA.

Più interessante da un punto di vista strettamente dottrinale è il problema del danno futuro e del danno potenziale nelle lesioni post traumatiche retiniche.

Ricordiamo che per *“danno futuro si intende quel danno che non si è ancora verificato, ma che possiede gli attributi della umana certezza”*.

Secondo Gerin esso è da definire *“un danno che si produrrà, se non con assoluta certezza, almeno con grandissima probabilità”*.

*Tale tipo di danno deve essere valutato nel momento nel quale si esprime il grado di invalidità permanente*. In tale valutazione potranno essere utili le indicazioni che noi abbiamo

“

**Il trauma  
può agire  
sul segmento posteriore  
del bulbo oculare  
per via diretta,  
indiretta  
o vascolare**

”

date, elencando le alterazioni tardive o molto tardive che possono derivare dal trauma a carico del segmento posteriore.

Osservando e valutando gli aspetti clinici di tali alterazioni e, tra esse, soprattutto quelli dei rapporti vitreo-retinici presenti al momento del giudizio medico-legale, potranno essere formulate le ipotesi di probabilità di complicanze a distanza di tempo dal trauma.

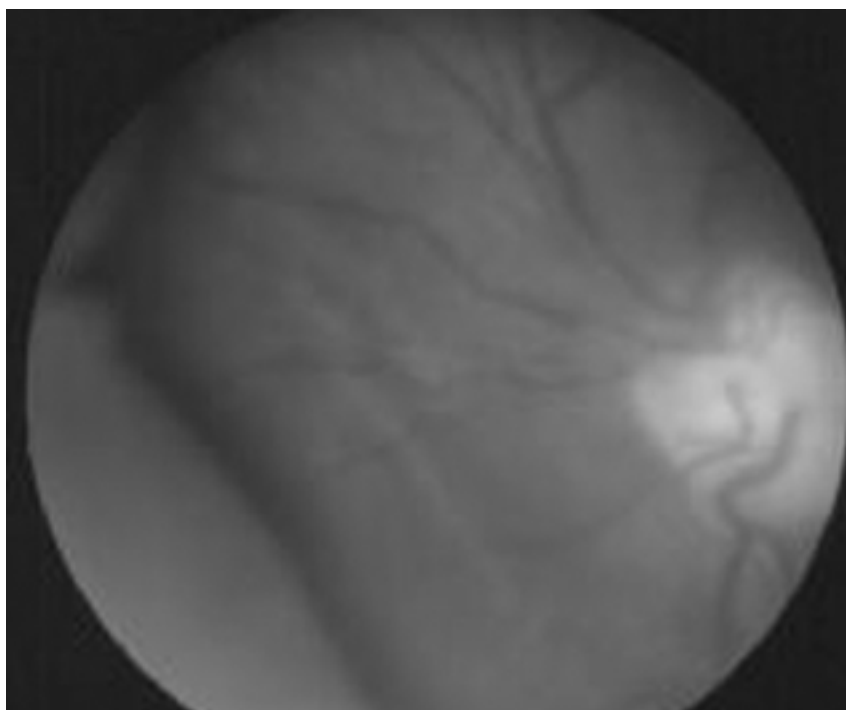
In medicina legale il *“danno potenziale”* non ha invece alcuna rilevanza medico legale, poiché rientra nella sfera del possibile e non del probabile e non sicuramente del certo. *Il suo verificarsi è legato ad*

*ipotesi di circostanze future e quindi esso è piuttosto aleatorio.*

*Tuttavia nella valutazione del danno del segmento posteriore molto spesso danno potenziale e danno futuro sono intimamente commisti e quindi risulta particolarmente indaginoso scinderne le componenti e quindi attribuire ad ognuno di essi il giusto peso.*

Ricordiamo i vari esempi della constatazione di aderenze anomale vitreo-retiniche, di cicatrici fibrotiche ialo-uveo-retiniche periferiche, la presenza di proliferazioni vascolari uveali e vitreo-retiniche, che spontaneamente o per ulteriori eventi (flogosi, nuovi traumi anche minimi) possono portare a gravi complicanze endobulbari. Ricordiamo inoltre che la presenza di alterazioni vascolari o cicatriziali periorculari (lesioni delle vene vorticosi, aderenze) possono creare anche rilevanti problemi operatori in occasione di successive prestazioni chirurgiche. E ricordiamo ancora che perdite vitreali e lesioni zonulari, pur non realizzando nell'immediato un danno funzionale, possono costituire le premesse per lo sviluppo di ulteriori danni anatomo-funzionali nel futuro.

Per molte di tali situazioni potranno certamente essere formulate previ-



sioni per il futuro, ma ovviamente una reale risposta a tali supposizioni si avrà solo con il trascorrere del tempo. Un orientamento sul destino di tali alterazioni potrà essere assunto soltanto con controlli clinici periodici, partendo da una metodica e precisa documentazione delle alterazioni iniziali, che dovranno poi essere seguite e documentate nella loro evoluzione clinica, sempre con precisione e con metodiche di indagine adeguate. Solo così si potrà dirimere il dubbio del loro inserimento nel novero di appartenenza ad un danno futuro o ad un danno potenziale. Esistendo inoltre, in alcuni settori della medicina legale, i criteri di revisione e di rivalutazione del danno, sarà possibile modificare un precedente giudizio medico legale.

Vorremmo osservare che talvolta, nei casi ai quali facciamo riferimento, l'estrema lentezza del giudizio per la "responsabilità civile" può paradossalmente risultare come un elemento positivo ai fini di una esatta valutazione del danno.

Osserviamo inoltre che nella traumatologia delle strutture del fondo oculare si possono avere spesso alterazioni che in un determinato momento assumono caratteri apparentemente non evolutivi, mentre considerate in epoca successiva mostrano invece aspetti di una ten-

denza evolutiva verso un peggioramento progressivo, morfoclinico e funzionale, e tale da rientrare nel concetto medico legale di "malattia", comportando successivi esiti, degni di una ulteriore valutazione.

### LE POLIZZE PRIVATE

Un problema a parte è costituito dalle Polizze Private, con i risvolti che sul risarcimento del danno in caso di distacco di retina possono avere le "preesistenze", spesso rappresentate dalla miopia o da alterazioni vitreo-retiniche periferiche. In tale settore un rapporto causale reale fra evento trauma e distacco di retina, pur essendo a volte riconosciuto, può non dar luogo a risarcimento.

Fra le clausole che regolano questi contratti una delle principali è rappresentata dalla dichiarazione dello stato di salute del contraente.

Infatti la Società Assicuratrice non è tenuta a far visitare l'interessato e questi generalmente sottoscrive una dichiarazione nella quale dichiara quali malattie ha contratto in precedenza e se presenta infermità o invalidità pregresse.

In genere tali clausole vengono firmate dal contraente senza nemmeno leggerle.

Teniamo a sottolineare che la totalità dei soggetti interessati non

dichiara mai malattie oculari pregresse o difetti visivi, nella maggior parte dei casi in buona fede.

Si tende cioè a considerare la miopia un vizio di refrazione semplice, ignorando che essa può comportare caratteri clinici di vera e propria malattia. Ciò vale soprattutto per quelle forme più eclatanti, di grado elevato, definibili "miopia degenerativa"; ma il concetto di "malattia" potrebbe anche essere esteso a forme di miopia refrattivamente meno gravi (miopie di solito di medio grado), ma nelle quali possono talvolta riscontrarsi alterazioni vitreo-retiniche ad alto rischio regmatogeno.

Inoltre dal soggetto che sottoscrive una assicurazione è spesso ignorata la preesistenza di alterazioni distrofiche vitreo-retiniche, predisponenti alla evoluzione verso quadri patologici più gravi.

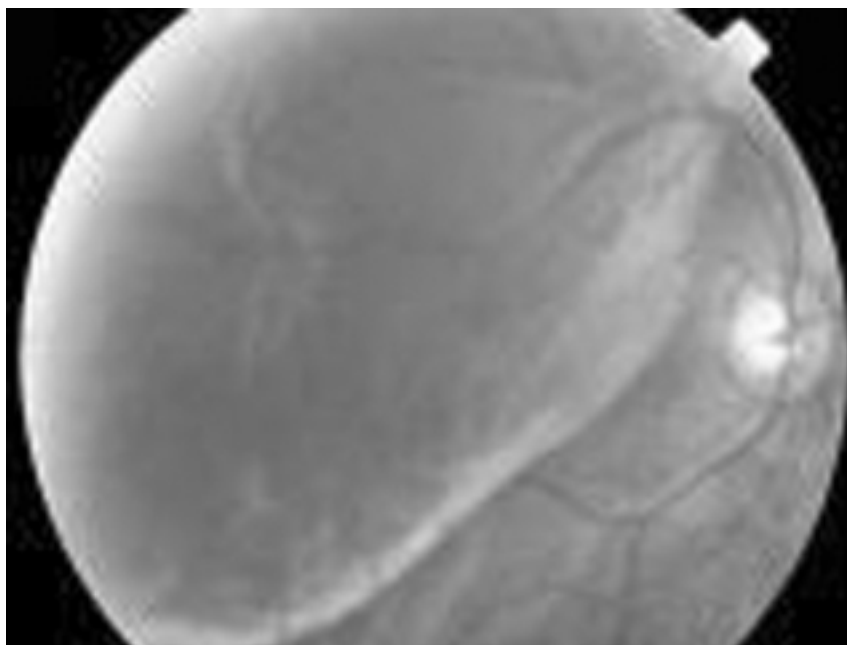
A questo proposito riteniamo opportuno porre qui in evidenza quell'articolo che sul contratto di Polizza Infortuni parla appunto di "preesistenze".

#### *Criteri di indennizzabilità*

- La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio quando questo abbia avuto per conseguenza un evento indennizzabile a termini di polizza.

**• Se al momento dell'infortunio l'assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.**

Sulla base di tale articolo ed a norma di polizza la quasi totalità dei miopi che in seguito ad un trauma subisce un distacco di retina si sente respingere la propria richiesta di indennizzo, proprio sulla base del criterio secondo il quale essendo la miopia "una malattia predisponente al distacco di retina a causa delle alterazioni retiniche che ne sono la caratteristica", tale preesistenza



esclude la validità del contratto. Progressivamente si è ormai giunti alla situazione che da parte delle Società Assicuratrici si tende a considerare che anche una miopia lieve può costituire, per complicità come emorragie retiniche o distacchi di retina, un fattore di rischio tale da permettere di non dare luogo alla corresponsione di un indennizzo. In difesa dell'assicurato esiste una sola possibilità, che è quella di riuscire a dimostrare che "l'entità del trauma è stata tale che avrebbe determinato il distacco di retina anche in un occhio considerato sano". Bisogna quindi poter dimostrare con referti e cartelle cliniche una sintomatologia immediata e rilevante che deve essere riferita con sicurezza al momento del trauma. Sintomatologia costituita da alcuni aspetti clinici traumatici sufficientemente "evidenti", quali ad esempio lesioni al segmento anteriore, emorragie endoculari, edemi retinici, lacerazioni retiniche su zone di retina sana. *Peraltro la descrizione di una rottura retinica verificatasi al livello di una zona di distrofia retinica periferica può fare rientrare il caso fra quelli che vengono esclusi dall'indennizzo per le "preesistenze"* di tali alterazioni, anche se il rilievo clinico della formazione della rottura risulta immediatamente consecutivo al trauma. A nostro parere il criterio di giudizio di una "predisposizione al Distacco Retinico" non può essere applicato genericamente a qualunque grado di miopia o alla presenza di alterazioni retiniche periferiche, poiché però la dimostrazione della prova spetta in tali casi alla parte attrice dovrà essere questa a produrre documentazione sanitaria atta a dimostrarlo. Molte di queste degenerazioni in realtà non sono da intendere come regmatogene e pertanto la loro descrizione in una cartella clinica recente prima dell'eventuale distacco traumatico non esclude la risarcibilità. Diverso è il discorso quando si tratta di distacco insorto in soggetto che presenta nell'occhio controlate-

rale alterazioni retiniche regmatogene. In tal caso è molto probabile, specialmente in presenza di ametropia miopica simile, che anche l'occhio interessato presentasse simile alterazioni.

Concludendo, come in tutti i campi, anche in quello del distacco di retina post traumatico non esiste una regola assoluta, e solo quella accurata descrizione di dati clinici in cartella, che in ogni occasione ci permettiamo di richiedervi ma che invece seguita generalmente anche oggi ad essere molto spesso carente, ci potrà permettere di valutare con obiettività l'esistenza o meno del rapporto causale.

**Riassunto:**

Gli Autori, esaminati i diversi tipi di trauma che possono portare al distacco di retina e considerati i tempi di insorgenza delle lesioni rispetto al momento del trauma, affrontano il problema dal punto di vista medico legale, illustrando i criteri di valutazione del danno in campo penale, civile e delle assicurazioni private

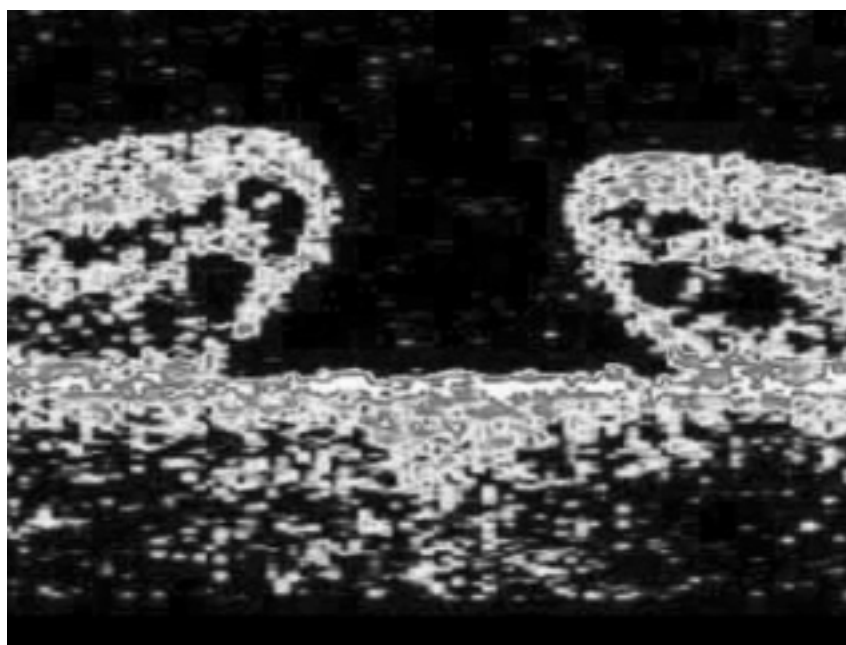
**Summary:**

The Authors examines the various types of traumas which can lead to detachment of the retina and, in view of the time elapsing between the trauma and appearance of the

lesion, tackles the matter in forensic medicine terms, illustrating the evaluation criteria of the injury in the criminal, civil and private insurance fields.

**Bibliografia**

*Gerin C.:* La metodologia medico-legale nella valutazione del danno alla persona in responsabilità civile. *Zacchia LX: 167, 1987.*  
*Tucci F., Tucci F.:* Oftalmologia Legale. Ed. SIFI, 1997  
*Bargagna M., Papi L.:* La valutazione del danno alla persona in oftalmologia: necessità di nuovi criteri. 55° Congresso Società Oftalmologica Lombarda, vol. 1, pp. 10-10, Milano 2000  
*Papi L., Bargagna M.:* Problemathe antiche e recenti della oftalmologia legale. Il Punto di Oftalmologia Legale, num. 1, vol. 2, pp. 6-13, 2000  
*Smaldone G.:* Analisi Critica dei Sistemi di Valutazione Medico-Legale del Danno Oculare. Società Oftalmologia Meridionale, Atti del XII Convegno; Amalfi, 23-25 giugno 1978  
*Pannarale M.R., Macchiarelli L., Grenga R.:* Traumatologia del Fondo Oculare, Problemi Medico Legale ed Assicurativi; Società Oftalmologia Meridionale, Atti del XII Convegno; Amalfi, 23-25 giugno 1978



# Diagnostica radiologica delle vie lacrimali escrettrici

M. Mannucci, A. Vuga Grgic

Istituto di Clinica Oculistica dell'Università di Padova - Dipartimento di Neuroscienze

La stenosi neonatale delle vie lacrimali rappresenta la più frequente e tipica condizione per effettuare la prima indagine radiologica, nell'arco della vita, all'essere umano. La tecnica è rimasta in pratica sempre la stessa dai primordi del suo impiego, anche se più rigidamente codificata da Milder e Demorest nel 1954 (1), e successivamente da Iba e Hanafé nel 1968 (2).

Per esplorare le vie di deflusso (3), la dacriocistografia si effettua introducendo un lungo e appuntito catetere di Teflon in un puntino lacrimale inferiore precedentemente dilatato. La dilatazione del puntino si fa usando appositi dilatatori dopo istillazione di gocce anestetiche (ossibuprocaina cloridrato). Si inietta 0.5-1 ml del prodotto di contrasto radioopaco (Lipiodol ultrafluido), e successivamente si prendono radiografie in anteroposteriore e in laterale a vari tempi (prima, durante e

20 minuti dopo l'iniezione). Il dacriocistogramma normale evidenzia di solito la presenza del mezzo di contrasto nei canalicoli, nel sacco, e nel dotto nasolacrimale, che non appaiono eccessivamente dilatati. Dopo 20 minuti dalla sua iniezione, le vie lacrimali appaiono svuotate del liquido di contrasto, che residua in scarsa quantità solo nella narice. La figura 1 evidenzia il normale passaggio del liquido di contrasto attraverso il sistema nasolacrimale fino all'interno del naso, ed anche nella gola (indicato dalle frecce nere curve); la figura 2 evidenzia il sacco lacrimale sinistro patologico.

Data la relativa indaginosità della dacriocistografia nei bambini, in caso di sospetta stenosi si preferisce evitare la sua esecuzione, specie quando il lavaggio delle vie lacrimali non indichi una loro sicura impervietà; nel dubbio, il trucco è di iniettare per il lavaggio una soluzio-

ne di fluoresceina (150 µg/ml), e di introdurre dopo 5 minuti un cotton-flock in profondità nella narice per evidenziare se si colora di verde.

La corrente lacrimale in casi eccezionali può invertire la sua direzione, e quindi dell'aria può passare dalle fosse nasali all'occhio (4): in tal caso può prodursi un rumore caratteristico, una sorta di "grido lacrimale", soffiandosi il naso o premendo la mano sul volto nella regione del sacco lacrimale, sintomatologia che rischia tra l'altro di confondersi con il rumore di "crepitio di neve fresca" (per enfisema dovuto a frattura della lamina papiracea dell'etmoide) ottenibile anch'esso premendosi il volto nella vicina regione palpebrale inferiore. Una dacriocistografia è utile, anche se difficilmente potrà rivelare in tali soggetti lacune di colorante dovute alle microbolle d'aria a livello del sacco lacrimale, mentre è evidenziabile radiograficamente una lesione etmoidale.

In proiezione di faccia, se abbiamo l'accortezza di far tenere la testa raddrizzata e voltata leggermente dal lato opposto, si può estrarre l'immagine ben contrastata del complesso vie lacrimali-massiccio nasale sul seno etmoidale.

Oltre alle stenosi, la dacriocistografia può essere di aiuto in diversi disordini del sistema lacrimale, quali una persistente canaliculite, masse intraluminali come concrezioni, dacrioliti, polipi, tumori o corpi estranei; inoltre, permette di studiare le condizioni dei seni paranasali, la posizione del setto, l'ipertrofia dei turbinati, la presenza di osteomielite, le fratture dell'orbita e delle ossa nasali conseguenti a un trauma, tumori dell'osso o dei tessuti molli circostanti, eventuali esiti di una dacriocistorinostomia.

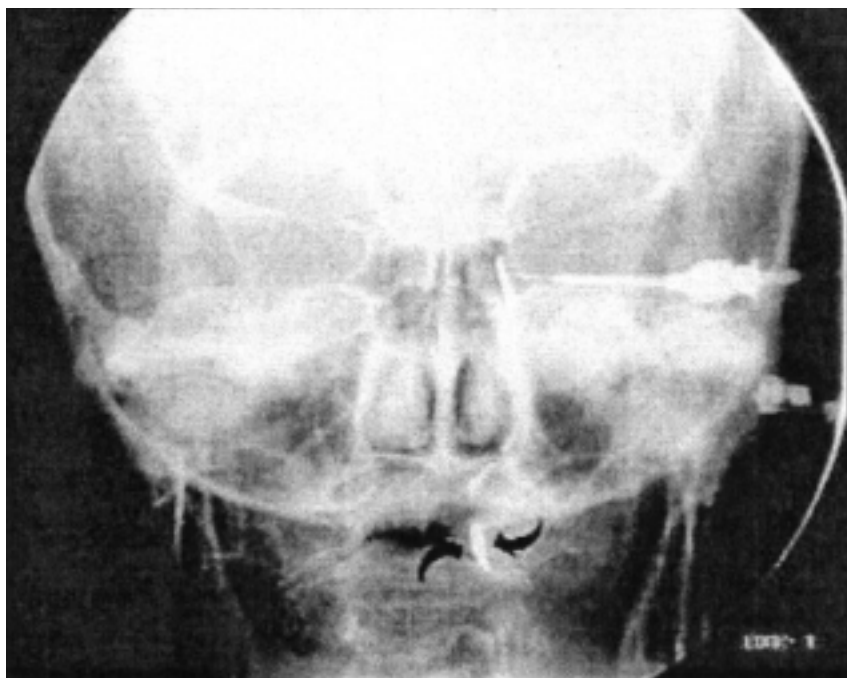


Fig 1 : Dacriocistogramma normale

Dei traumatismi facciali che possono interessare le vie lacrimali, da segnalare un nuovo tipo di evento causale, e cioè lo scoppio spontaneo, o dopo incidente, dell'airbag. L'eventuale accertamento radiografico di dacrioliti nelle vie lacrimali, suggerito in genere da una concomitante epifora, impone l'esecuzione dei test quantitativi e qualitativi del film lacrimale, ed una valutazione della possibile coesistenza di malattie sistemiche. La stessa metodica non è efficace in caso di sparizione dei "bouchons" lacrimali, utilizzati, a seconda del tipo, o come occlusori nella terapia dell'occhio secco o come dilatatori in caso di epifora da ostruzione canalicolare: questi "punctal plug", data la loro matrice polimerica, sono relativamente radioopachi, e quindi è preferibile una biomicroscopia ultrasonica (UBM) (5), purtroppo non ancora accessibile a tutte le strutture ambulatoriali oftalmologiche. La dacriocistografia viene effettuata,

come già accennato, nelle affezioni infiammatorie delle vie lacrimali (canaliculiti, dacriocistiti); in questi casi è molto controversa la scelta dei liquidi di contrasto. I prodotti liposolubili (lipiodol al 40%, o ultrafluido al 48%) sono discussi perché possono dare immagini di falsi restringimenti e aspetti di falso sacco policistico. I prodotti idrosolubili, a forte tenore di iodio (diodone, radiosélectan, néohydrol) sono ben tollerati, ed assicurano una migliore impregnazione della mucosa; la loro relativa fluidità permette di prendere immagini fino a trenta minuti dopo l'iniezione. Le pomate (Calomel al 40 o 50%) sono utili per studiare la permeabilità e la morfologia, perché esse si frammentano meno dei liquidi e si modellano sul sacco. In caso di dacriocistite, le immagini radiologiche variano a seconda del grado di infiammazione: quando persiste un certo grado di permeabilità, si constata spesso una dilatazione del canale lacrimo-nasale

sulla vista di faccia, e, al contrario, un restringimento nella vista di profilo a causa dell'edema e dell'ipertrofia della mucosa.

Negli ultimi anni, le tecniche di dacriocistografia si sono perfezionate. Il miglioramento è dato dalle immagini in sottrazione, dall'ingrandimento diretto, dalle immagini in tomodensitometria con iniezione delle vie lacrimali, dall'aspetto dinamico con registrazione video.

Questi esami apportano informazioni supplementari, utili per lo studio di tumori intrinseci ed estrinseci, di sospette fistole interne, di diverticoli del sacco, di rimaneggiamenti congeniti o traumatici dell'angolo interno, di epifora da compressione delle vie di deflusso da cisti epidermoide (6).

La interpretazione delle suddette "integrated imaging" delle vie lacrimali escrettrici esula dai doveri e dalle competenze di una normale routine oftalmologica, e quindi tali recenti tecniche radiologiche non sono state volutamente trattate nel presente articolo.

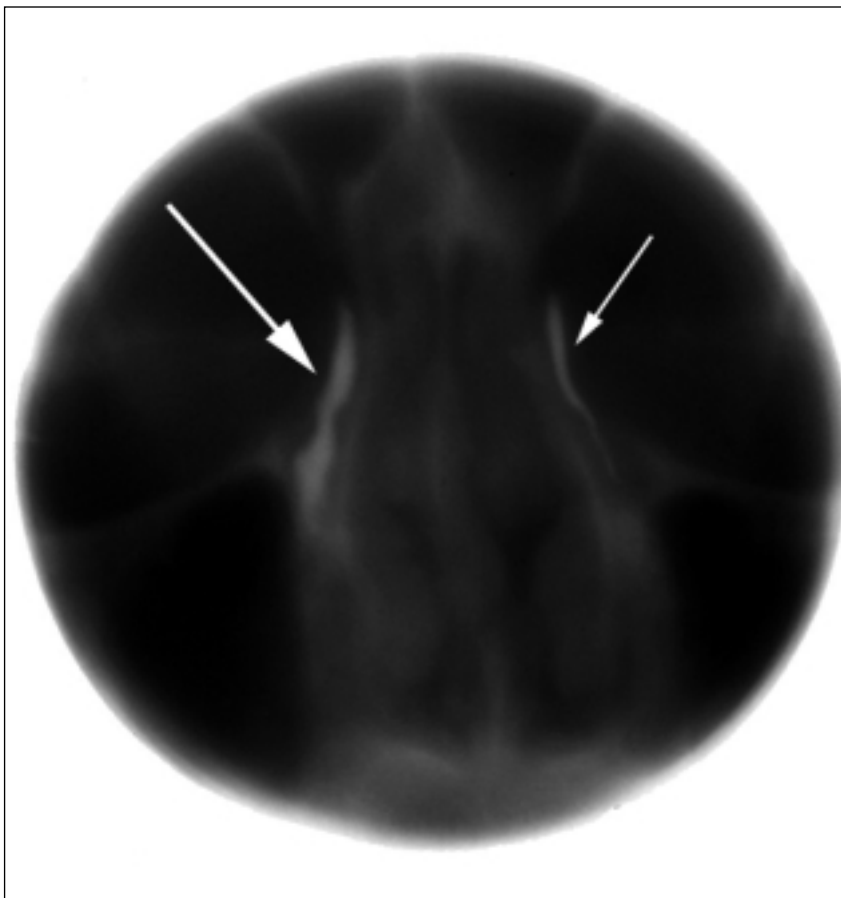


Fig 2: Sacco lacrimale sx patologico

#### Bibliografia

- 1) Milder B., Demorest B.H. : Dacryocystography: the normal lacrimal apparatus. Arch. Ophthalmol., 1954, 51:80
- 2) Iba G.B., Hanafee W.N. : Distension dacryocystography. Radiology, 1968, 90:1020
- 3) Huckman M.S., Grainer L.S. : La radiologia nella diagnostica oftalmologica. In: Peyman G.A. Oftalmologia, Verduci Editore, 1981, 85-153
- 4) Boudet Ch. : Affection de l'appareil lacrymal. Ophtalmologie, 11-1967, 21170 A10
- 5) Hurwitz J.J., Pavlin C.J., Rhemtulla K. : Identification of retained intracanalicular plugs with ultrasound biomicroscopy. Can. J. Ophthalmol., 2004, 39:53353-7
- 6) Polli N.S.A., Pierallini A., Tinelli E., Falcone C.: Epifora da compressione della via lacrimale di deflusso da cisti epidermoide: imaging integrato. Boll. Ocul., 2004/83, 2272-34.

# La retinopatia da radiazioni: complicanza oculare tardiva da radioterapia

V. de Belvis, M. Mannucci, B. Boccassini

Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Padova - Clinica Oculistica

La retina non è, come si era ritenuto, un tessuto radioresistente. Alcune ricerche sperimentali (1) hanno infatti permesso le seguenti valutazioni:

- la retina è sensibile ad un insulto radiante acuto con dose unica superiore a 2.000 rads;

- l'effetto immediato è la necrosi dei bastoncelli (con diminuzione o abolizione dell'onda b dell'ERG);

- la necrosi diretta dei coni si ha con dosi comprese tra 10.000 e 30.000 rads, quella delle cellule bipolari e ganglionari con dosi superiori a 30.000 rads;

- nel corso di trattamenti radianti effettuati in più sedute, anche a breve distanza fra loro, è possibile osservare che il danno è superiore a quello previsto se la dose totale fosse impiegata in un'unica applicazione.

Il limite di queste ricerche è costituito dal fatto che il danno viene sempre provocato con dosi assai superiori a quelle normalmente impiegate nella pratica clinica; inoltre il periodo di osservazione non è mai sufficientemente lungo da permettere di rilevare i danni tardivi, come quelli segnalati nei soggetti umani.

Dai dati sperimentali e dalle osservazioni cliniche condotte su pazienti trattati per neoplasie oculari o delle strutture circostanti, possiamo affermare che il danno da radiazioni ha, a livello retinico, almeno 3 modalità di espressione:

- nel soggetto irradiato totalmente con dosi lesive dei centri midollari emoproductori, la retinopatia è di tipo emorragico ed essudativo, riconducibile ad una alterazione dei meccanismi emopoietico e coagulativo;

- con dosi elevate e dirette sul distretto oculare o cefalico, si determina sperimentalmente solo una

retinopatia acuta, a carico della retina esterna;

- nei soggetti sottoposti ad irradiazione terapeutica, frazionata nel tempo, dell'occhio, dell'orbita e delle strutture circostanti, si sviluppa una retinopatia tardiva di tipo vascolare, principalmente a carico della retina interna (vascolarizzata dal sistema dell'arteria e della vena centrale della retina). Questa forma, l'unica clinicamente rilevabile, è stata dalla nostra scuola denominata semplicemente "retinopatia da radiazioni" (2,3).

Caso clinico.

E' giunto di recente alla nostra osservazione un soggetto di 42 anni, affetto da carcinoma indifferenziato del rinofaringe con metastasi linfonodali laterocervicali, che era stato sottoposto ad un ciclo di terapia radiante con una dose complessiva di 6.000 rads (previa schermatura del bulbo oculare), e che aveva risposto positivamente al trattamento.

Il paziente, non diabetico né iperteso, né affetto da patologie occlusive dei tronchi sovraortici, con obiettività oculare negativa all'inizio del trattamento, fu controllato 12 mesi dopo il completamento della terapia radiante: niente a carico del segmento anteriore, visus 10/10, cristallino trasparente.

Il quadro oftalmoscopico di entrambi gli occhi dimostrò la presenza di alcuni microaneurismi ed emorragie, e, lungo le arcate vascolari superiori, di alcuni microinfarti dello strato delle fibre nervose. L'esame fluorangiografico mise in evidenza, nella metà superiore della retina e nella periferia nasale, piccole e discrete aree ischemiche con modesto spandimento di colorante a carico dei vasi.

Il quadro fu considerato coerente

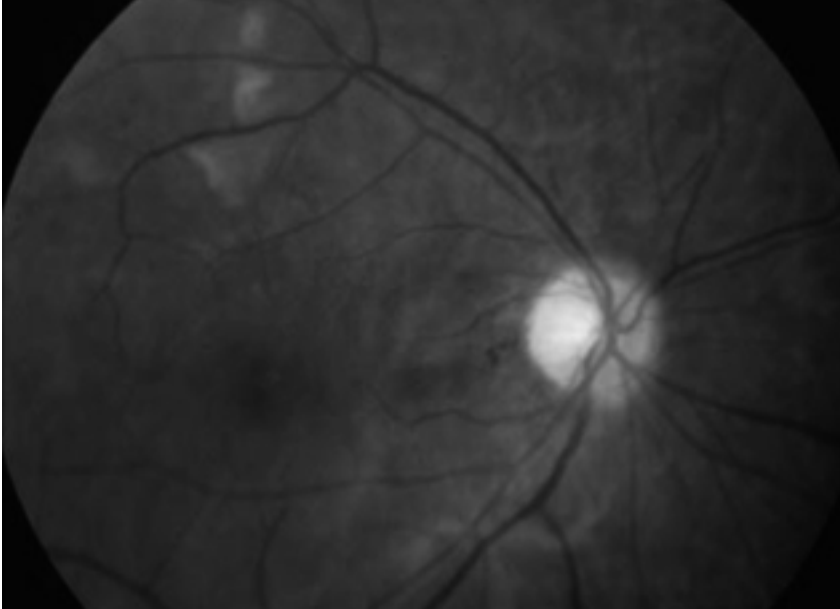
con la diagnosi di retinopatia ischemica da radiazioni ionizzanti, vista anche la storia clinica del soggetto. Dopo circa 10 mesi il paziente ritorna alla nostra osservazione. Il visus era sempre 10/10, il cristallino trasparente. Il reperto oftalmoscopico di OD era caratterizzato, rispetto all'esame precedente, da una congestione dei capillari epipapillari e dalla comparsa di microinfarti dello strato delle fibre nervose in altre sedi, con parziale scomparsa dei precedenti. In OS erano scomparsi i microinfarti segnalati, ma si potevano notare alcuni vasi congesti e tortuosi lungo l'arcata temporale superiore ed un ciuffo di vasi neoformati papillari. L'esame fluorangiografico di OD evidenziava una modesta estensione delle aree ischemiche e la congestione dei vasi epipapillari; in OS la aree ischemiche risultavano assai aumentate nella loro estensione; invariata la presenza dei vasi neoformati. A carico di OS era in corso una fotocoagulazione panretinica.

Discussione

Il caso presentato permette di caratterizzare meglio quella che è stata definita retinopatia da radiazioni. Le lesioni rilevabili oftalmoscopicamente in questa affezione sono: microaneurismi, emorragie, essudati duri, microinfarti dello strato delle fibre nervose, edema maculare, fenomeni di perivasculite, neovascolarizzazione retinica e papillare.

Si possono avere emorragie vitreali e distacco di retina, occlusione dell'arteria o della vena centrale della retina, e una neuropatia ottica ischemica. Il quadro è caratteristico di un retinopatia di tipo ischemico; infatti, all'esame fluorangiografico sono tipiche le aree di ischemia retinica da occlusione capillare.

Dal punto di vista anatomico - patolo-



**Quadro oftalmoscopico di retinopatia da radiazioni: emorragiola peripapillare e numerosi noduli cotonosi**

gico si possono osservare: un ispessimento e degenerazione ialina dei vasi arteriosi e dei capillari retinici, con conseguente occlusione e successiva degenerazione degli strati retinici interni. Tutto ciò tenderebbe a dimostrare inequivocabilmente che la retinopatia da radiazioni è una affezione ischemica a carico esclusivamente della circolazione retinica (4). Quest'ultimo fatto è stato parzialmente messo in dubbio da Egbert e coll. (5) che hanno rilevato, in occhi trattati per retinoblastoma, la presenza di una proliferazione miointimale delle arterie ciliari posteriori con fenomeni di subocclusione. È comunque ancora da stabilire quale possa essere la trasposizione in termini di flusso coroideale di questo reperto anatomico - patologico.

L'interesse del caso in esame risiede non solo nella bilateralità della lesione e nell'aver potuto documentare nel tempo (evenienza rara) l'evoluzione verso la neovascolarizzazione delle lesioni retiniche, ma soprattutto nell'aver evidenziato che la comparsa di questa affezione non si ha solamente quando il bulbo oculare o l'orbita sono il campo diretto del trattamento radiante, ma anche quando essi possono essere interessati solo indirettamente

(6,7,8).

Gli studi retrospettivi fino ad oggi condotti tendono a dimostrare che la retinopatia da radiazioni ha un'incidenza più elevata di quanto sino ad ora si ritenesse (7), che essa è la più dannosa e frequente complicanza del trattamento radiante dei melanomi uveali (8) e che è comunque difficile prevedere l'evoluitività delle lesioni quando la struttura interessata dalle radiazioni è relativamente lontana dal bulbo oculare. È importante segnalare non solo, come abbiamo già affermato, che la retina non è radioresistente, ma che è stata riportata una maggior gravità delle lesioni retiniche nei soggetti sottoposti oltre che alla radioterapia anche alla chemioterapia (9). Dato che negli attuali protocolli di terapia delle neoplasie del massiccio facciale il trattamento antiblastico è assai spesso associato a quello radiante, ciò deve indurre ad una maggiore attenzione da parte dell'oftalmologo nei confronti di questi pazienti. Il trattamento della retinopatia da radiazioni è di tipo fotocoagulativo sia per alterazioni che producono un edema maculare sia nei casi di neovascolarizzazione. I casi fino ad ora riportati in letteratura confermano l'efficacia di questo trattamento.

In conclusione, ci sembra di poter sostenere che è necessario, nei soggetti radiotrattati a livello del contenuto orbitario o delle strutture periorbitarie, condurre periodici controlli oftalmoscopici. La diagnosi di retinopatia da radiazioni va formulata precocemente, senza disperdersi nella ricerca di cause spesso inesistenti. Il trattamento deve essere adeguato per ottenere risultati soddisfacenti. Solo così sarà possibile evitare a questi soggetti una irreversibile perdita della funzione visiva.

#### **Bibliografia**

- 1) Cibis P.A., Noell W.K., Eichel B. : Ocular effects produced by high-intensity X-radiation. Arch.Ophthalmol, 1955, 53, 651.
- 2) Midena E., Segato T., Piermarocchi S., Corti L., Zorat P.L., Moro F. : Retinopathy following radiation therapy of paranasal sinus and nasopharyngeal carcinoma. Retina, 1987;7:142-7.
- 3) Midena E., Segato T., Degli Angeli C., Bertoja E., Piermarocchi S. : The effect of external eye irradiation on choroidal circulation. Ophthalmology, 1996; 103: 1651-60.
- 4) Hayreh S.S. : Post-radiation retinopathy. Br.J.Ophthalmol., 1970, 54,705.
- 5) Egbert P.R., Fajardo L.F., Donaldson S.S., Moazed K. : Posterior ocular abnormalities after irradiation for retinoblastoma: a histopathological study. Br.J.Ophthalmol., 1980,64, 660.
- 6) Shukovsky L.J., Fletcher G.H. :retinal and optic nerve complications in a high dose irradiation technique of ethmoid sinus and nasal cavity. Ther Radiol., 1972, 104, 629.
- 7) Thompson G.M., Migdal C.S., Whittle R.J.M. : Radiation retinopathy following treatment of posterior nasal space carcinoma. Br.J.Ophthalmol., 1983, 67, 609.
- 8) Lommatzsch P.K. :  $\beta$ -irradiation of choroidal melanoma with Ru/Rh applicators. Arch. Ophthalmol., 1983, 101, 713.
- 9) Fraunfelder F.T., Meyer S.M. : Ocular toxicity of antineoplastic agents. Ophthalmology, 1983, 90,1.



Oggi c'è una grande esigenza  
a tutti i livelli della Società  
di avere il maggior numero di informazioni  
circa le possibilità preventive, terapeutiche e riabilitative  
di malattie oculari, rispetto a quelle che una visita oculistica  
di routine può fornire. Esistono anche il desiderio  
e la necessità di conoscere al meglio le possibilità  
di assistenza sanitaria per ogni realtà riabilitativa.

## **LINEA VERDE**

### **Numero telefonico : 800 068506**

La Sezione Italiana dell'Agencia Internazionale per la Prevenzione della Cecità, nel quadro della sua costante azione promozionale con lo scopo di diffondere la cultura della prevenzione delle patologie oculari, ha dato il via ad una LINEA VERDE DI CONSULTAZIONE GRATUITA, aperta a tutti coloro che chiamano da una postazione telefonica fissa, situata in territorio italiano.

**La linea verde funzionerà per due ore e trenta nei giorni feriali dalle ore 10 alle ore 12,30 dal lunedì al venerdì**

Sarà possibile consultare un medico oculista, al quale esporre il proprio problema ed ottenere i suggerimenti necessari.

La speranza è che questa iniziativa contribuisca a diffondere ulteriormente la coscienza della prevenzione, concetto che incontra tutt'ora un non facile accesso nella mentalità civica e soprattutto delle categorie più a rischio (i giovanissimi e gli anziani).