

4 2024
OTTOBRE-DICEMBRE



O
S
R

**OFTALMOLOGIA
SOCIALE**

ANNO XLVIII - REG. TRIB. ROMA N. 16799 - R.O.C. N. 584 - POSTE ITALIANE SPA
SPEDIZIONE IN A.P. D. L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART.1, COMMA 1, AUT. GRM/196/2007
TAXE PERCUE - FASSA RISCOSSA ROMA ITALIA - ISSN: 2038-3193

**IDONEITÀ VISIVA:
UN'ANALISI CRITICA
DEI REQUISITI**

**GIORNATA MONDIALE
DELLA VISTA: IL CONVEGNO
AL MINISTERO DELLA SALUTE**

**FOCUS LEGAL:
LA MEDIAZIONE CIVILE E
L'EVOLUZIONE DELL'INDENNIZZO**

10 OTTOBRE 2024
GIORNATA MONDIALE DELLA VISTA



**L'ISTINTO CI PORTA
A PROTEGGERE GLI OCCHI**

**LA PREVENZIONE
CI AIUTA A FARLO**

 **IAPB**
ITALIA
ETS
PER AMORE DELLA VISTA

Fondazione
Sezione Italiana
dell'Agenzia
Internazionale
per la Prevenzione
della Cecità - ETS

Numero Verde
800-06 85 06

Consultazione oculistica GRATUITA
attiva dal LUNEDÌ al VENERDÌ, dalle 10:00 alle 13:00.

Scopri di più su
GIORNATAMONDIALEDELLAVISTA.IT



A cura di IAPB Italia ETS

IL POLO NAZIONALE E L'EMERGENZA OFTALMOLOGICA IN LIBANO

La stesura del report, su invito dell'Organizzazione Mondiale della Salute, per stilare una guida clinica rapida ed efficace per aiutare le diverse centinaia di persone divenute ipovedenti nella Regione a seguito di esplosioni di cercapersone

In Libano centinaia di persone sono divenute cieche e ipovedenti in seguito all'**esplosione dei cercapersone e dei walkie talkie**.

La perdita totale o parziale della vista a seguito di un evento traumatico ha fortissime ricadute sulla vita della persona, sull'autonomia e la vita quotidiana.

Attualmente, in Libano **mancano centri e personale specializzato** nell'assistenza e nella riabilitazione visiva per le persone che, una volta dimesse dagli ospedali, tornano a casa, spesso con disabilità permanenti o mutilazioni. "Per aiutare pazienti, famiglie e operatori sanitari, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ricevendo la richiesta di supporto del Governo libanese, ha incaricato il Polo Nazionale Ipovisione di Roma – in qualità di **Collaborating Centre italiano dell'Organizzazione** – di creare una guida di pronto utilizzo per gestire i primi momenti dopo il trauma" annuncia **Silvio Paolo Mariotti**, Senior Medical Officer al Department of Noncommunicable Diseases dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. "Abbiamo condiviso tre ordini di informazioni – spiega il direttore **Filippo Amore** – **informazioni per reinserirsi e orientarsi in casa** in maniera confortevole, con suggerimenti su come condurre in sicurezza le attività della vita quotidiana, dalla cura personale alla preparazione dei cibi (utilizzare bottiglie di sapone di diversa forma; indicatori di livello dei liquidi o timer sonori; etc.); **informazioni sull'uso di semplici ausili visivi** per coloro che hanno ancora un residuo visivo, come lenti di ingrandimento a mano dotate di illuminazione, video-ingranditori portatili e con assistenza vocale –

strumenti semplici, disponibili anche in zone belliche che non richiedono grande tecnologia o formazione e che si utilizzano comunemente anche in Italia; **lezioni di riabilitazione per il personale sanitario**, con indicazioni mirate all'acquisizione delle competenze di base necessarie per poter intervenire con una riabilitazione visiva "essenziale" di sostegno delle persone con disabilità visiva".

Il **Polo Nazionale Ipovisione e Riabilitazione Visiva**, situato all'interno del Policlinico Gemelli di Roma, è particolarmente qualificato per il compito, essendo stato il partner ufficiale dell'OMS negli ultimi 10 anni. Durante questo periodo, ha coordinato un progetto internazionale volto alla definizione degli **Standard della Riabilitazione visiva** e dei curricula formativi per gli operatori della riabilitazione visiva.

"La riabilitazione visiva è e va considerata parte integrante delle cure in oculistica – conclude Amore – perché aiuta le persone ad affrontare il terribile trauma psicologico della perdita della vista mettendo, successivamente, a loro disposizione un percorso e gli strumenti necessari a **ricquistare parte dell'autonomia e della libertà perduta**".

"Questi primi interventi – conclude Mariotti – sono pensati per far fronte alla situazione iniziale. Continueremo ad avvalerci della collaborazione del Polo, che ringraziamo per la disponibilità e prontezza nella risposta, al fine di formare gli operatori sanitari libanesi in modo da permettere loro di proseguire nel percorso di riabilitazione visiva che sarà necessario sul lungo periodo".

Direttore

Mario BARBUTO

Co-direttore

Demetrio SPINELLI

Caporedattore

Filippo CRUCIANI

Comitato di Redazione

Filippo AMORE

Michele CORCIO

Federico BARTOLOMEI

Federico MARMO

Leonardo MASTROPASQUA

Edoardo MIDENA

Antonio MOCELLIN

Marco NARDI

Roberto PERILLI

Antonello RAPISARDA

Simona TURCO

Segretari di Redazione

Tommaso VESENTINI

Gaia MELLONE

Comitato Scientifico Nazionale

prof. Francesco BANDELLO

Direttore della Clinica Oculistica dell'Università Vita-Salute,

Istituto Scientifico San Raffaele, Milano

prof. Stanislao RIZZO

Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Oculistica del Policlinico A. Gemelli,

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

dott. Silvio Paolo MARIOTTI

Eye and Vision Care Team, World Health Organization, Ginevra

dott. Marco VEROLINO

Responsabile Oculistica Ospedali Riuniti Area Vesuviana ASL Na 3 Sud, Napoli

Fondazione Sezione Italiana dell'Agencia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - IAPB Italia ETS

Via U. Biancamano, 25 - 00185 Roma - Tel. 06 36.00.49.29 – Fax 06 36 08 68 80

Sito internet: www.iapb.it - e-mail: sezione.italiana@iapb.it

Abbonamenti

Contributo Ordinario: € 16,00 annui; Sostenitore € 26,00 annui; Benemerito € 52,00 annui

Contributo Volontario per l'attività promozionale da versare sul c.c.p. 24059008 - Via U. Biancamano, 25 - 00185 Roma, intestato a:

Sezione Italiana dell'Agencia Internazionale per la Prevenzione della Cecità. Dopo il pagamento inviare un'e-mail sezione.italiana@iapb.it

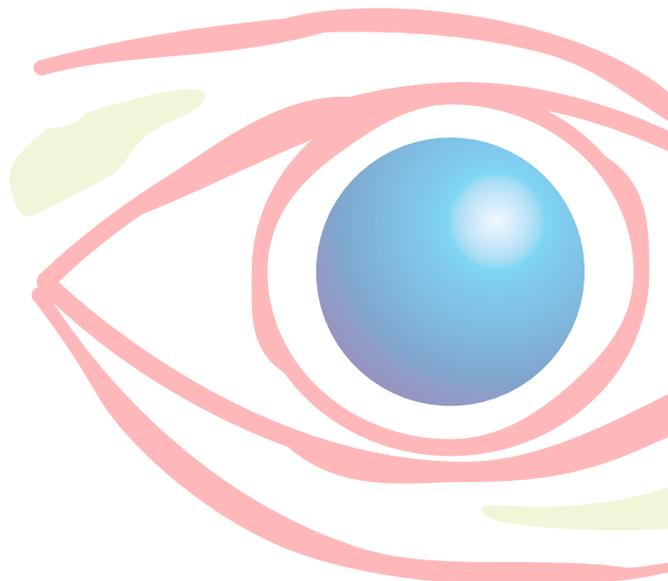
(o chiamare lo 06 36004929) per comunicare l'indirizzo postale di spedizione. Registrazione della testata: Tribunale di Roma N. 16799

Questa rivista usufruisce del Contributo per l'Editoria Speciale ai sensi della L.646/96 e successive modifiche.

Spedizione in abbonamento postale D.L.353/03 (conv. in L.27/02/2004 n°46) art.1, comma 1, AUT.C/RM/196/2007

(Tutte le collaborazioni sono da intendersi a titolo gratuito salvo diversi accordi col Direttore).

Titolare del trattamento dei dati è la Fondazione Sezione italiana dell'Agencia internazionale per la prevenzione della cecità





IL POLO NAZIONALE E L'EMERGENZA OFTALMOLOGICA IN LIBANO
A cura di IAPB Italia ETS

L'EDITORIALE

7 ORA PIÙ CHE MAI
A cura di IAPB Italia ETS



IN CHE MISURA LA TECNOLOGIA PUÒ RIDURRE LE LISTE D'ATTESA?
A cura di IAPB Italia ETS



GLI INTERVENTI DEGLI ESPERTI DURANTE LA GIORNATA MONDIALE DELLA VISTA
A cura di IAPB Italia ETS



FRAGILITÀ VISIVA: OLTRE 2 MILIONI DI ITALIANI RINUNCIANO ALLE CURE
A cura di IAPB Italia ETS



ITALIA E FRAGILITÀ OCULISTICA
Filippo Cruciani



LE STAGIONI DELLA VISTA: CONTINUITÀ DELLE CURE E INNOVAZIONE NELL'OFTALMOLOGIA MODERNA
Filippo Cruciani



MEDIAZIONE CIVILE, RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE (MEDICA) E ASSICURAZIONI, COSA C'È DI NUOVO?
Avv. Patrizia Altomano,
Dr.ssa Simonetta Balboni Ghezzi,
Demetrio Spinelli



L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI INDENNIZZO DEL DANNO VISIVO NELL'ASSICURAZIONE SOCIALE INAIL
Dott. Patrizio Rossi



IDONEITÀ VISIVA: ANALISI E CRITICITÀ DI ALCUNE NORME
Federico Marmo,
Ester Piegari, Filippo Cruciani



OFTALMOLOGIA SOCIALE
RIVISTA DI SANITÀ PUBBLICA

Rivista di Sanità Pubblica Anno XLVIII - n. 4 - 2024

Grafica: **GStrategy Srls** Roma

Stampa: **WORK'S srl** Roma
Chiuso in redazione il 5 dicembre 2024

COPERTINA



Vuoi che trattiamo un argomento di tuo interesse o che reputi importante per la vista? Scrivici su comunicazione@iapb.it

EDIT
ORIAL
ALE

IAPB

ORA PIÙ CHE MAI

Prevenzione e difesa dell'oculistica all'interno della sanità pubblica sono, da anni, i principi guida di IAPB Italia ETS ed Oftalmologia Sociale.

Ma se gli obiettivi rimangono gli stessi, gli strumenti cambiano con i tempi.

In questo numero risaltano con particolare intensità tutti i livelli nei quali l'Agenzia e questa rivista hanno diversificato il loro impegno. IAPB Italia ETS continua a parlare ai cittadini e all'istituzioni promuovendo occasioni di screening oculari gratuiti e informazioni che permettono alle persone di capire l'importanza delle visite oculistiche regolari per salvare la vista. Questi screening, però, sono anche divenuti strumento di ricerca e di analisi per capire il bisogno di salute visiva, il livello di consapevolezza dei soggetti più a rischio e la relazione, sempre più forte, tra povertà, esclusione sociale e rinuncia alle cure visive.

Il nostro impegno è rappresentato dalle soluzioni sperimentali che, a partire da questi dati, IAPB Italia ETS sviluppa e propone ai decisori pubblici della sanità con lo scopo di migliorare i processi e aumentare la capacità di accesso alle cure. È in questa missione diversificata che nascono le partnership importanti come quelle con la Fondazione Onesight Essilor Luxottica e il Cergas della Bocconi e il confronto diffuso e profondo con gli attori e le attrici della sanità intessuto sui temi della Governance, durante la fiera

Welfair di Roma, e i risvolti legali dell'oculistica o della riabilitazione visiva.

Per quanto le collaborazioni, le visite gratuite, gli studi e le soluzioni pratiche per la riduzione delle liste d'attesa ci riempiano di soddisfazione, non possiamo nasconderci il contesto all'interno del quale questi risultati si collocano. È uno scenario gravissimo: la progressiva uscita dell'oculistica dalla sanità pubblica.

Uno scenario da affrontare con gli occhi ben aperti consci del fatto che la riduzione e la polverizzazione della salute visiva rappresentano un danno personale, sociale ed economico gravissimo che ricadrà in maniera sproporzionata sulle spalle delle persone più deboli e meno capaci di farvi fronte.

Rinunciare all'oculistica pubblica è un errore politico e sanitario, perché in pochissime se non in nessuna altra disciplina, un modesto investimento in prevenzione si ripaga tante volte a fronte di un danno, invece, onerosissimo da affrontare quando la vista va irrimediabilmente perduta. Per questo IAPB Italia ETS continuerà con rinnovata energia a sensibilizzare cittadini, medici e istituzioni con l'obiettivo di condividere strumenti di prevenzione, consapevolezza e buone pratiche capaci di innovare e gestire al meglio le risorse di cui la vista in Italia ha assoluto bisogno.

Ora più che mai.

La redazione

A cura di IAPB Italia ETS

IN CHE MISURA LA TECNOLOGIA PUÒ RIDURRE LE LISTE D'ATTESA?

Il convegno al Ministero della Salute e oltre 100 iniziative in tutta Italia. Il presidente IAPB Italia ETS Mario Barbuto: "In dieci anni triplicato il numero di chi si informa e viene sensibilizzato: segno evidente di crescente consapevolezza ma, anche, di un bisogno sempre più grande di salute"

L'oculistica e la salute visiva stanno vivendo un momento particolare e critico in Italia. Da una parte crescono le malattie che minacciano la vista, perché la popolazione invecchia, dall'altro **si allungano le liste di attesa** per le visite e gli interventi oculistici all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, **perché l'oculistica**, ritenuta una disciplina non salva-vita, **sta uscendo dall'orbita della sanità pubblica**.

Ad oggi **oltre 3,5 milioni** di persone in Italia soffrono o sono a rischio di malattie che possono portare a ipovisione e cecità come **glaucoma, retinopatia diabetica e degenerazione maculare legata all'età**.

La prevenzione
come strumento
per arginare i
dolori, sia fisici
che psicologici

Questo è l'orizzonte della **Giornata Mondiale della Vista** organizzata da IAPB Italia ETS in collaborazione con Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti, che prevedeva eventi in oltre 100 città, 102 su 107 province italiane, tra distribuzione di materiale informativo e controlli oculistici gratuiti in tutta Italia. In contemporanea, si è tenuto un **importante momento congressuale il 10 ottobre presso il Ministero della Salute**, a Roma, dove gli esperti hanno discusso, in presenza delle istituzioni, temi ormai imprescindibili per l'oculistica, quali l'uso e i benefici delle tecnologie avanzate in oftalmologia, applicazioni cliniche di teleoftalmologia, teleriabilitazione





visiva, il ruolo dell'Intelligenza Artificiale nella ricerca clinica oftalmologica e le nuove tecnologie nel trattamento del glaucoma.

I saluti inaugurali della giornata sono stati aperti dal presidente IAPB Italia ETS **Mario Barbuto**, che ha definito la priorità principale per contrastare malattia degenerativa della vista: “Abbiamo bisogno di **informazione** e, soprattutto, di investimento nella **prevenzione**. La prevenzione risparmia i dolori più atroci, non solo fisici e oculari, ma umani e psicologici della persona e di coloro che stanno intorno ad essa quando si deve fronteggiare l'avanzare di una patologia oculare anche pericolosa e qualche volta non reversibile. La prevenzione permette anche di ridurre i costi sociali ed economici”.

“Oggi vogliamo indirizzare tre messaggi fondamentali - ha continuato Barbuto - alla cittadinanza mandiamo un **messaggio di prevenzione**: quasi tutte le malattie della vista possono essere curate o arginate se dia-

gnosticate in tempo, ma la natura asintomatica delle più gravi fa sì che molte persone siano malate senza saperlo: la visita oculistica regolare è la migliore forma di prevenzione. **Alle istituzioni diciamo che l'oculistica rischia di uscire dal SSN.** I tempi di attesa e la difficoltà nelle prenotazioni delle visite specialistiche tendono a limitare gravemente il diritto alla salute viva delle persone, in particolare di quelle più fragili e povere, con costi economici e un danno umano, ma anche di previdenza sociale, altissimo. **Agli attori sanitari e alle ASL sul territorio**, infine, evidenziamo che attori del Terzo Settore come IAPB Italia possono “misurare” buone pratiche sanitarie e che queste potrebbero essere più facili da accogliere per il settore pubblico potendo contare su dati autorevoli. È il caso del progetto “**Vista in Salute: nuovi modelli organizzativi per la prevenzione e la diagnosi precoce oftalmica nel SSN**”, finanziato dal Ministero della Salute e organizzato e studiato da IAPB Italia e CERGAS-SDA Bocconi”.

A cura di IAPB Italia ETS

GLI INTERVENTI DEGLI ESPERTI DURANTE LA GIORNATA MONDIALE DELLA VISTA

La raccolta degli interventi dei relatori che hanno preso parola al convegno ospitato dal Ministero della Salute in occasione della Giornata Mondiale della Vista

Diabete e intelligenza artificiale in oculistica

L'utilizzo della AI negli screening dei diabetici porterebbe ottimi risultati di prevenzione. Un piccolo investimento, ma è necessaria lungimiranza. I decisori devono cambiare rotta accettando che i risultati e i risparmi saranno grandi, ma lontani nel tempo.

L'intervento di Francesco Bandello, dell'Università Vita-Salute e dell'IRCCS San Raffaele di Milano.

“Al San Raffaele IRCCS abbiamo avuto occasione di utilizzare l'intelligenza artificiale nella valutazione del fondo oculare dei nostri pazienti e le prime impressioni che ne abbiamo tratto sono assolutamente positive. Sebbene io sia già avanti negli anni di pro-

fessione e un po' restio a entusiasarmi delle novità, devo riconoscere che l'introduzione dell'intelligenza artificiale nel nostro mondo ha già prodotto e, soprattutto, produrrà importantissime innovazioni che renderanno la nostra attività più rapida, semplice e con performance sempre migliori. Quando fu introdotta l'oftalmoscopia nella pratica clinica, c'è chi parlò di “cerebroscopia” perché si era capito che il circolo retinico, appartenente alla stessa famiglia del circolo cerebrale, poteva essere **un testimone fedele di quello che stava accadendo al cervello**”.

Fu un passo avanti enorme nell'**interpretazione delle malattie**. Gli avanzamenti resi possibili oggi grazie all'intelligenza artificiale sembrano di analoga importanza. Sostanzialmente, era un metodo induttivo: **guardare il particolare per capire il generale**.

Oggi guardare il fondo dell'occhio applicando l'intelligenza artificiale apre delle possibilità che hanno, ancora, il sapore della fantascienza.

Per esempio, la possibilità di classificare secondo il metodo deciso a priori una quantità infinita di immagini che diventerà un crescente **database** sul quale confrontare ogni nuova immagine le cui caratteristiche verranno automaticamente “riconosciute” e segnalate dal programma. Più informazioni ci sono, maggiore è la precisione”.



Rimane un punto dolente

“È il **falso negativo**, il rischio di sottovalutare anche pochi casi a causa di un errore.

In ogni caso, è un sistema che con un impegno estremamente ridotto, molto modesto dal punto di vista finanziario, consente di arrivare a conclusioni che sono di altissimo livello”.

L'applicazione immediata: lo screening oculare per i diabetici

“Se caliamo questa realtà nel campo dello screening delle **complicanze oculari del diabete**, è certo che si spenderebbero meno soldi ottenendo un miglioramento della qualità di vita e di vista dei pazienti”.

Lo scoglio: investire ora per raccogliere tra 10-15 anni

“Il problema è convincere i decisori ad **investire** nella direzione della prevenzione, perché i risultati non sono immediati.

Ciò non toglie che un discorso di questo genere, proprio in considerazione dei risparmi che oggi è possibile fare con investimenti relativamente modesti, potrebbe consentire di migliorare sostanzialmente la situazione. **Il diabete è una malattia in esplosione in tutto il mondo** e, in particolare, nelle zone del mondo che meno sono attrezzate per fronteggiarla”.

Quanto costa la prevenzione del diabete e quando deve iniziare

“Prevenire significa partire fin dall'educazione alimentare per le scuole elementari. I problemi dello screening delle complicanze oculari del diabete sono problemi economici. Però oggi, ripeto, si può farlo con dei costi che sono modesti, **costerebbe enormemente meno rispetto a pagare la pensione di invalidità ai pazienti che poi dopo diventano ipovedenti**”.

La previsione

“Credo che farò in tempo a vedere l'esplosione dell'intelligenza artificiale del nostro mondo, ne beneficerò

mo tutti e sarà sempre più importante. Quando andai in Francia nel 1984 per frequentare un reparto e lì era il periodo in cui l'*ordinateur* (computer, ndr) era stato introdotto nella pratica, mi resi conto che stava cambiando il mondo, si stava verificando una rivoluzione di cui oggi beneficiamo tutti, perché senza il computer impazziremmo. La stessa cosa succederà con l'intelligenza artificiale. Quello che succederà con l'intelligenza artificiale avrà un impatto maggiore rispetto a quello ciò che hanno fatto i computer qualche anno fa”.

L'importanza dell'intelligenza artificiale nella ricerca medica

Secondo i dati dell'incidenza della ricerca in medicina divisa secondo i vari paesi, l'Italia è al sesto posto nella ricerca medica con un gran numero di pubblicazioni su riviste scientifiche.

L'analisi di Stanislao Rizzo, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Oculistica del Policlinico A. Gemelli IRCCS di Roma

“Dobbiamo essere orgogliosi del nostro apporto, se pur minore rispetto ai colossi Cina e America, alla ricerca medica. Un contributo che si attua nella numerosità e qualità delle pubblicazioni scientifiche e nei numerosi trial clinici condotti in Italia.

Una gran parte degli studi clinici sono sull'intelligenza artificiale, una tecnologia che permette di gestire





grandi quantità di dati, ossia i **big data**. Se pensiamo che un genoma umano ha la quantità di dati di 800 nuovi smartphone, capiamo quanto l'AI possa aiutare a gestire tutte queste informazioni.

I trials clinici oggi vengono esaminati dall'AI, attraverso l'analisi di migliaia, milioni di immagini fatta in millesimi di secondo. Ciò significa che avremo percorsi clinici e di sperimentazione, che fino a ieri duravano anni, sicuramente molto più veloci e con una rapida introduzione quindi nella pratica clinica di terapie più efficaci”.

Esempi di intelligenza artificiale

“Google Gemini e ChatGPT sono due tipologie di AI facilmente accessibili, anche dai nostri pazienti: basta caricare un'immagine su questi software e loro sono in grado di elaborare diagnosi e progetti terapeutici. Certo, non sono da paragonare a un parere medico specialistico, ma sono esplicativi di ciò che accadrà in futuro, e noi dobbiamo accogliere queste innovazioni come un'**occasione di miglioramento**.

All'Università Cattolica da quest'anno abbiamo introdotto il corso di **MedTech**, un corso integrato tra medicina e ingegneria in cui i medici avranno una doppia laurea. Nel programma di studi, oltre a discipline prettamente mediche, avremo anche intelligenza artificiale, machine learning, informatica, meccanica, data mining: questo è il segnale della consapevolezza che

abbiamo: stiamo formando i medici del futuro che dovranno avere continuamente a che fare con strumenti dell'intelligenza artificiale”.

Come inserire l'AI in un sistema sanitario di tipo universalistico?

La risposta offerta da **Manlio Nicoletti**, Direttore UOC Oculistica AUSL di Bologna, che ha attuato insieme all'assessorato un sistema di cambio rotta digitale

“Col concetto di 'rete' si è passati da una sanità concentrata sugli ospedali a una disposta e distribuita sulla rete territoriale secondo il modello gestionale **Hub and Spoke**.

Durante e nel post Covid, con il PNRR abbiamo strutturato **due progetti specifici** con l'obiettivo di potenziare le prestazioni oculistiche sul territorio e creare un sistema di prossimità oculistica mediante la telemedicina e l'innovazione digitale (prestazioni ambulatoriali di telemedicina e innovazione digitale: telerefertazione, modello Virtual Clinic)”.

Virtual Clinic e telemedicina

“Il primo progetto, basato sulla gestione del paziente con patologia cronica, diabete, maculopatia età correlata, glaucoma, si fonda su un modello di **Virtual Clinic** e telemedicina e ha come scopi fondamentali il ridurre la mobilità del personale medico all'interno dei





presidi AUSL Bologna, gli accessi non necessari nel centro Hub e i divari territoriali rendendo più agevole e smart il percorso di cura del paziente facilitando il follow up e l'aderenza degli stessi al percorso di cura. Altro aspetto fondamentale del progetto è quello di **valorizzare le figure professionali non mediche**, quindi ortottisti e infermieri, perché sono loro gli attori principali della Virtual Clinic, che acquisiscono dati e informazioni in una piattaforma che è costituita da diverse tecnologie come OCT, campi visivi, retinografi. I dati condivisi sulla Cartella Clinica Elettronica vengono referutati dal medico oculista in una sede diversa da remoto. La Cartella Clinica Elettronica è condivisa tra tutti gli specialisti dell'Unità Operativa di Oculistica, ospedalieri, ambulatoriali e specialisti di altre Unità Operative secondo un modello di **medicina integrata telematica**.

Questo avviene traducendo in pieno gli obiettivi della medicina di vicinanza e personalizzata grazie alla grande quantità di dati e informazioni acquisite tramite le piattaforme di Virtual Clinic e il fascicolo sanitario, grazie all'utilizzo di molte informazioni e dati che possono essere trattati.

Ciò ha permesso un circolo di informazioni terapeutiche più diretto tra i professionisti e un dialogo più chiaro con i pazienti. Inoltre, il vantaggio della telemedicina è che il paziente possa **ricevere assistenza nelle sue vicinanze**, senza bisogno di spostarsi troppo lontano dal suo distretto”.

La chirurgia della cataratta secondo il modello gestionale Focused Factory

“L'altro progetto che abbiamo portato avanti si con-

centra sulla **chirurgia ambulatoriale della cataratta** secondo il modello gestionale **Focused Factory**: una struttura sull'area metropolitana di Bologna focalizzata su una linea di prodotto (chirurgia ambulatoriale della cataratta), sfruttando, anche lì, un'indicazione del PNRR che finanzia dei progetti di tipizzazione e di specializzazione degli spoke periferici, che abbiamo attuato presso l'Ospedale di Bazzano.

Abbiamo strutturato, su tutta l'area metropolitana di Bologna, un percorso informatizzato e digitalizzato sulla gestione della chirurgia ambulatoriale della cataratta partendo da una **lista unica di accesso al percorso diagnostico terapeutico**, in cui il paziente effettua la chirurgia in una struttura, come l'Ospedale di Bazzano, dove macchinari e sistemi dialogano in tempo reale e la competenza di tutti i professionisti, infermieri, ortottisti, assistenti in oftalmologia, medici, interfacciati con le tecnologie a disposizione, ottimizzano i processi e il prodotto finale di servizio/salute adattandosi alle esigenze del paziente: questa è la realtà dell'Unità Operativa intelligente, **un ecosistema sanitario connesso e flessibile che rivoluziona il modo di erogare le prestazioni sanitarie**. Tutto ciò non sarebbe possibile senza la Cartella Clinica Elettronica, che permette ai medici di conoscere al meglio la condizione clinica del paziente in carico – medicina integrata telematica”.

Il futuro

“Questo paradigma organizzativo che integra tecnologie avanzate, chiamate anche tecnologie abilitanti, come l'intelligenza artificiale, la robotica (ecc.)

migliora l'efficienza, la flessibilità e la sostenibilità dei processi deputati all'erogazione dei servizi. **Il nostro obiettivo è una unità operativa intelligente, connessa, flessibile, sostenibile.** In questo modo il nostro progetto dà una chance di competitività al sistema sanitario nazionale universalistico rispetto alla sanità privata”.

EyeFitness: la teleriabilitazione visiva

Il Polo Nazionale di Ipvisione si occupa di riabilitazione visiva e consente alle persone ipovedenti di trovare nuove strategie per affrontare le difficoltà e le sfide quotidiane. Da alcuni anni si avvale anche della teleriabilitazione, un nuovo approccio di cura, rappresentato da un software informatico chiamato EyeFitness.

L'intervento di Stefania Fortini, vicedirettore del Polo Nazionale Ipvisione.

“EyeFitness è una piattaforma che consente all'individuo di svolgere in regime domiciliare, attraverso l'uso del proprio tablet o PC, degli esercizi specifici configurati a seguito della valutazione oculistica funzionale. Si compone di 19 esercizi che stimolano la ricerca e il rafforzamento del Locus Retinico Preferenziale, la coordinazione occhio-mano, la rieducazione dei movimenti oculari. Stimolano anche l'attenzione, la memoria visiva a breve termine e i tempi di reazione, la funzione esecutiva e la memoria di lavoro; pertanto, sono indicati anche per stimolare i soggetti con decadimento cognitivo iniziale. EyeFitness può essere utilizzato in tutti i tipi di deficit visivo: in caso di danno centrale, è questo il caso delle maculopatie, di deficit periferico, come accade nel glaucoma e nella retinite pigmentosa, in caso di deficit misto come si verifica nella retinopatia diabetica e nella miopia patologica. EyeFitness permette alle persone di approcciarsi alla **riabilitazione visiva** in modo molto più “confortevole”, perché svolto in contesto domiciliare e familiare. Allo stesso tempo, l'individuo viene monitorato dall'ortottista riabilitatore, che, da remoto, controlla i risultati e al

raggiungimento di un obiettivo prefissato, ne aumenta la difficoltà.

Ogni ciclo di trattamento prevede **30 sedute** (5 giorni a settimana per 6 settimane consecutive) con un impegno giornaliero di circa **45 minuti**; a fine trattamento è prevista una rivalutazione funzionale completa”.

Fondamentale la figura dello psicologo

“La teleriabilitazione non è adatta proprio a tutti, perché l'individuo è un essere complesso e molteplici sono i **fattori psicologici** che possono incidere sul successo del trattamento. Da qui, l'importanza di una loro valutazione preliminare. È proprio nella fase di selezione che interviene lo **psicologo** che esplora la motivazione, lo stato emotivo, la presenza di ansia e depressione, fattori chiave per garantire sia l'impegno che la continuità del trattamento, come pure l'aderenza. Infine, non meno importante, lo psicologo valuta le **funzioni cognitive**, come attenzione e memoria, che sono prerequisiti essenziali.

A seguito dell'individuazione delle caratteristiche del soggetto, lo psicologo si interfaccia con l'ortottista suggerendo la modalità più indicata per interagire al meglio con il paziente e quindi proporre le differenti modalità di **teleriabilitazione**: asincrona, sincrona con un rapporto one to one con il paziente, o mista. In conclusione, nell'ambito della teleriabilitazione lo psicologo funge da facilitatore tra la tecnologia, il paziente e il team dei riabilitatori”.



A cura di IAPB Italia ETS

FRAGILITÀ VISIVA: OLTRE 2 MILIONI DI ITALIANI RINUNCIANO ALLE CURE

Presentato il primo Rapporto della Fondazione OneSight EssilorLuxottica Italia curato dal Censis: 10,7 milioni gli italiani fragili con problemi di vista. Inclusione sociale e salute visiva sempre più inseparabili

Sono **10,7 milioni**, pari al 21,3% della popolazione, gli **italiani in condizione di fragilità oculistica**, ovvero coloro che hanno sia difetti o patologie alla vista sia difficoltà economiche nell'accesso a prestazioni oculistiche, strumenti correttivi o farmaci oftalmici. Si tratta principalmente di **donne** (il 23,7%) e **giovani** (25,5%). A livello geografico, il disagio raggiunge il 15,9% nel Nord-Ovest, il 14,5% nel Nord-Est, mentre le percentuali salgono al 24,4% nel Centro e al 27,9% nel Mezzogiorno. Le persone con redditi bassi sono le più esposte al rischio di fragilità oculistica, ma quasi il 21% di coloro che si trovano in questa condizione dispone di un reddito superiore a 35.000 euro annui.

Il rapporto OneSight – Censis

Sono i dati emersi dal primo Rapporto della **Fondazione OneSight EssilorLuxottica Italia** realizzato in collaborazione con il **Censis**, **“Italiani in condizioni di fragilità oculistica: fotografia di un disagio sociale sommerso”**, presentato presso il Tempio di Adriano di Roma, durante il secondo meeting annuale della Fondazione **“Vedere meglio, vivere meglio, tutti”**. La ricerca dimostra come la condizione di fragilità oculistica sia determinata dalla coesistenza e dal

reciproco influenzarsi di difficoltà economiche e difficoltà relative alla salute della vista, con un peggioramento dello stato di quest'ultima proprio a causa delle difficoltà a sostenere le spese per prestazioni oculistiche, occhiali o lenti a contatto.

Nelle complesse forme del disagio sociale contemporaneo, figura anche la fragilità oculistica

“Il rapporto ha messo in luce la rilevante consistenza quantitativa di un disagio sociale, con fondamento sanitario, sinora sommerso e poco conosciuto – fa presente **Giorgio De Rita**, Segretario Generale del

Censis –. I risultati dell'indagine, infatti, certificano che, nella molteplicità delle forme del disagio sociale contemporaneo, del quale sappiamo ancora troppo poco, occorre ormai includere anche la fragilità oculistica che può coinvolgere gruppi sociali che solo in parte coincidono con quelli del disagio socio-economico tradizionale”.

La relazione tra esclusione sociale e malattie della vista

A questo proposito, va sottolineato come l'incidenza delle patologie oculistiche peggiora sensibilmente nelle persone fragili: la miopia, ad esempio, colpisce il 42,8% degli italiani con una percentuale che sale al 64% tra le persone in stato di fragilità oculistica; lo

stesso vale per l'astigmatismo presente nel 28% degli italiani e nel 49,7% dei fragili; soffre di presbiopia, invece, il 18,8% dei cittadini, mentre tra i fragili si arriva al 23,2%.

Povert  oculistica: un disagio sommerso

Oltre ai fragili, in Italia 2,7 milioni – il 5,4% – sono in condizioni ancora peggiori, di povert  oculistica, ovvero coloro che hanno problemi alla vista ma risorse economiche assolutamente insufficienti per provvedere a essa. Basti pensare che il 71,4% di questi, nell'ultimo anno, ha rinunciato alle visite oculistiche per motivi economici. Si tratta di una condizione di disagio che colpisce principalmente le donne (sono il 66,6% delle persone in condizione di povert  oculistica), gli anziani (15,9%), i residenti nel Sud e nelle Isole (53,7%) e nelle grandi citt , con oltre 500.000

abitanti (21,7%). Il 49% di chi vive in povert  oculistica ha redditi inferiori a 15.000 euro annui.

L'impatto negativo sul lavoro e nella vita quotidiana

Il 47,7% dei lavoratori con fragilit  oculistica denuncia un calo della propria produttivit , al punto che il 27,7%   stato costretto a cambiare lavoro e il 22,7% a smettere di lavorare. Inoltre, l'88,2% delle persone in condizione di fragilit  oculistica ha riscontrato un impatto negativo nella vita quotidiana: meno autonomia (40,9%), con limitazioni nelle relazioni sociali (32,1%) e nella mobilit  (25,5%), e compromissione del tempo libero (83,9%). Il 75,3% delle persone in condizione di fragilit  ha difficolt  nell'uso di smartphone, computer e smart tv. L'impatto negativo si riflette anche sul benessere psicologico, causando frustrazione (58,8%), irritabilit  (62,6%) e isolamento (42,5%).





L'accesso diseguale alle cure visive

Il 55,6% della popolazione in condizione di fragilità oculistica pensa che la propria vista sia peggiorata a causa della difficoltà di accesso alle cure sanitarie. L'83,5% ha incontrato ostacoli o ha dovuto rinunciare alla sostituzione degli occhiali, il 78,2% ha rinviato o saltato le visite oculistiche. Per far fronte ai costi delle cure della vista il 23,9% delle persone in fragilità oculistica ha subito un calo del proprio tenore di vita e il 47,6% ha dovuto tagliare altre spese.

Le barriere d'accesso

al Servizio sanitario e il ricorso al privato

Il 62,8% delle persone con problemi alla vista si rivolge alla sanità privata, perché necessita di un'assistenza sanitaria frequente e tempestiva. L'84,6% degli italiani è convinto che chi ha soldi può curare prima e meglio la propria vista. Il 66,6% pensa che, all'origine di questa disuguaglianza, vi sia la poca attenzione del Servizio sanitario sulla salute della vista.

La prevenzione e la salute della vista dei minori

I problemi alla vista hanno un impatto negativo sull'apprendimento e sulla relazionalità dei bambini, soprattutto se non vengono individuati per tempo. Per questo motivo le famiglie sottopongono i figli a con-

trolli della vista alla nascita (3,3%), prima dei tre anni (36,5%), al momento di ingresso nella scuola elementare (49,1%) e successivamente (11,1%). L'81,9% delle visite ha uno scopo preventivo. Nella metà dei casi si tratta di scelte autonome dei genitori, nell'altra metà di indicazioni del pediatra. Il 63,9% delle famiglie sceglie strutture private, il 36,1% si affida al pubblico.

I prossimi passi della Fondazione OSEL

“Ringrazio il Censis che ha contribuito con questa prima indagine a mettere un importante tassello nella fotografia del quadro sulla salute visiva nel nostro Paese: i dati raccolti costituiscono per noi una base preziosa da cui partire per costruire iniziative sempre più efficaci affinché la vista sia un bene di tutti” commenta **Leonardo Maria Del Vecchio**, Presidente della Fondazione OneSight EssilorLuxottica Italia.

Nell'anno del Giubileo, sono previste 4 tappe speciali aggiuntive a Roma dell'ormai consolidato appuntamento con le **Giornate della Vista** che offre accesso a visite oculistiche gratuite a persone indigenti e occhiali da vista dove necessario. Inoltre, a riprova del forte impegno verso le periferie, è già stato confermato l'appuntamento in collaborazione con l'Agenda Internazionale per la prevenzione della cecità **IAPB-Italia ETS nel quartiere Zen di Palermo**.

Filippo Cruciani, Medico Oculista e referente scientifico di IAPB Italia ETS

ITALIA E FRAGILITÀ OCULISTICA

Un'indagine innovativa, in grado di osservare le difficoltà economiche, sociali e psicologiche di coloro che si trovano in condizione di "fragilità oculistica". Il commento di Filippo Cruciani, medico oculista e referente scientifico di IAPB Italia ETS

La Fondazione OneSight EssilorLuxottica ha presentato il 9 ottobre 2024 il rapporto, **"Italiani in condizione di fragilità oculistica: fotografia di un disagio sociale sommerso"**, realizzato in collaborazione con il Censis.

Il Report, fortemente voluto dalla Fondazione OneSight e realizzato dal Censis, vuole cogliere, rappresentare e analizzare i tanti problemi di vista che la popolazione di ogni età deve affrontare quotidianamente, con i **disagi che comportano sul piano umano, sociale ed economico**, e le tante criticità del mondo oftalmologico nei suoi rapporti con la sanità pubblica, che vive un momento difficile, con un forte ricorso a quella privata, in una società in continua evoluzione con problemi sempre nuovi e di non facile soluzione.

In altre parole, si è voluto valutare *lo stato di salute oculare* nella popolazione italiana; salute intesa nella più ampia accezione del termine, così come la definisce l'OMS: "La salute – in questo caso oculare, comunque componente fondamentale per quella generale – non si identifica con l'assenza di malattie, ma rappresenta il completo benessere che riguarda non solo l'aspetto fisico (anatomico-funzionale), ma investe la sfera psichica e il mondo sociale". In questo senso, la presente indagine ha rappresentato **qualcosa di innovativo in campo oftalmologico**, che va a colmare una lacuna esistente e mette in evidenza aspetti molto importanti che incidono pesantemente

Il fenomeno dell'"oculistica diseguale" potrebbe portare alla trappola della sanità per censo nell'oftalmologia

sulla vita delle persone, senza trascurare i tanti risvolti economici, vale a dire **i costi che la persona deve sostenere per il mantenimento della salute stessa**.

Normalmente, la ricerca epidemiologica e clinica oculare è tutta rivolta alla prevalenza, all'incidenza e ai fattori di rischio delle patologie oculari, specialmente di quelle neurodegenerative, e risulta poco sensibile ai risvolti psichici e sociali della quotidianità del cittadino.

Così, proprio per le finalità di questa indagine, è stato necessario introdurre il termine di **"fragilità oculistica"**, che definisce quei cittadini che presentano:

1. Problemi di vista, non solo per l'esistenza di malattie acute o croniche, ma anche per la presenza di difficoltà visive in senso quantitativo e qualitativo, per lo più legate a vizi di refrazione, ma anche a condizioni ambientali e lavorative;
2. una "condizione economica insufficiente associata, però, alla sperimentata difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie di prevenzione o di cura o di riabilitazione, nonché all'acquisto di strumenti correttivi - dagli occhiali alle lenti a contatto - e/o di eventuali farmaci oftalmici".

Come si legge nella presentazione del Report, si tratta di "un concetto multidimensionale non direttamente osservabile, che necessita di una disaggregazione in dimensioni significanti, ciascuna delle quali composta di specifiche fenomenologie direttamente osservabili.

Il concetto è essenziale per delimitare il perimetro e i confini di un fenomeno che nasce dall'intersezione tra la sfera delle condizioni economiche e lo stato di salute della vista delle persone”.

Quando, poi, a questi connotati della fragilità oculistica, si associa una condizione economica caratterizzata da entrate mensili insufficienti a coprire le uscite mensili, incluse le spese per la salute della propria vista, è stato introdotto il termine di **“povertà oculistica”**.

Definire sorprendenti i risultati che emergono dall'indagine è poco. Innanzitutto, va segnalata l'altissima prevalenza dei **cittadini in condizione di fragilità oculistica: 1 persona ogni 5** (10,7 milioni). Tantissimi sono anche i cittadini in **povertà oculistica, 1 ogni 20** (2,7 milioni). Sono dati impressionanti, assolutamente non percepiti non solo dall'opinione pubblica, ma anche dagli addetti ai lavori, siano essi decisori di politica sanitaria, siano essi operatori sanitari oftalmici. Viene a galla un fenomeno sommerso, una specie di iceberg, di grande dimensione e importanza sanitaria e sociale. La fragilità oculistica **risulta colpire più le donne** e rispetto all'età più la **fascia giovanile e adulta**. Quest'ultimo è sicuramente un dato inaspettato che è importante sottolineare. Allo stato attuale tutta l'attenzione del mondo oftalmologico è rivolta verso l'età anziana, dove si riscontrano le più alte prevalenze e incidenze delle malattie oculari, caratteristicamente legate all'invecchiamento: cataratta, degenerazione maculare legata all'età, glaucoma, retinopatia diabetica. Tutte le altre fasce di età risultano più trascurate. Senza ombra di dubbio le patologie più invalidanti, causa di ipovisione e cecità, sono appannaggio degli anziani, ma la condizione di fragilità oculistica viene riferita molto di più dai giovani e dagli adulti, addirittura tre volte di più. Tutto ciò sta a significare che **i problemi oculistici investono tutti i cittadini** in maniera pesante e non vanno confinati esclusivamente nell'area delle malattie gravi e invalidanti.

Come abbiamo visto, nella definizione di fragilità oculistica figura una condizione economica carente al fi-

ne di soddisfare appieno le richieste oculistiche, per cui viene naturale pensare che essa sia proporzionale al reddito e si riscontri precipuamente nei redditi più bassi, risparmiando quelli medi e medio-elevati. Invece, l'indagine dimostra che essa va a interessare significativamente anche questi: **circa il 21% di coloro che rientrano nella fragilità oculistica ha redditi familiari intorno ai 35.000 euro**. Tutto ciò è un'ulteriore prova che si è di fronte a un fenomeno di rilevanza sociale.

Quanto poi incida l'aspetto economico nel dover fronteggiare le spese sanitarie in ambito oculistico, lo dimostra un dato che emerge tra i tanti risultati dell'indagine: **circa il 24% delle persone in fragilità oculistica ha dichiarato un significativo calo del proprio tenore di vita**, contro il 2% circa del resto della popolazione.

L'indagine mette in evidenza con un'analisi accurata come, per questi soggetti, si possa registrare un certo deterioramento della qualità della vita che si estrinseca in limitazioni più o meno importanti dell'autonomia personale, in difficoltà nella mobilità e nella guida (specie di notte), in rinunce nelle attività del tempo libero, in una socialità diminuita. Soprattutto, è il **mondo del lavoro** a comportare i maggiori disagi per i fragili e i poveri oculistici. Alcuni hanno riferito che è stato necessario smettere di lavorare o cambiare mansione.

L'indagine, nel concetto ampio di salute oculare, va a esplorare anche la condizione del benessere psicologico nella condizione di fragilità, che ne risulta profondamente minato con l'insorgenza e l'intensificazione di sentimenti di frustrazione, irritazione, imbarazzo, solitudine, stress, e con la possibilità di riduzione dell'autostima.

Naturalmente, questi disagi, privazioni, difficoltà di vario genere si aggravano sensibilmente nella condizione di povertà oculistica.

Infine, **l'indagine affronta il problema dei rapporti con il Sistema Sanitario**, gestito in maniera autonoma dalle Regioni, alle prese con tante criticità legate alla sempre crescente richiesta di prestazioni e alla



disponibilità economica sempre più insufficiente, con forti discrepanze territoriali. L'oftalmologia, come già accennato, è una delle specialità a risentirne maggiormente. Occupa, infatti, i primi posti nelle liste di attesa per visita oculistica, per esami strumentali, per interventi chirurgici. Coloro che sono in condizione di fragilità e povertà oculistica sono i più colpiti. Le conseguenze sono o il rivolgersi alle strutture private o il rinunciare alle cure. L'indagine dimostra che è già in fase avanzata la privatizzazione delle prestazioni oculistiche, interessando nell'ultimo anno poco meno della metà degli italiani e circa i 2/3 dei fragili oculistici. Si è di fronte a un **"oculistica diseguale"** - come osservano i ricercatori - **con il rischio che si arrivi alla trappola della sanità per censo nell'oftalmologia.** Tutto ciò è in netto contrasto con la convinzione degli italiani, così come è emerso dall'indagine stessa, che la vista è un bene fondamentale per l'individuo e la sua difesa un diritto inalienabile.

In conclusione, il presente Rapporto sugli Italiani in condizione di fragilità e povertà oculistica costituisce un'unicità in quanto supera i confini di un'indagine meramente sanitaria, per andare ad indagare anche i

disagi e le criticità a livello psicologico e sociale a cui vanno incontro soprattutto coloro che hanno problemi di vista di vario grado, ma in pratica la quasi totalità - e non è un'esagerazione - dei cittadini in diversi momenti della loro vita. In particolare, si sofferma sui problemi economici che la sanità oftalmica comporta con i suoi alti costi per le prestazioni oculistiche, per l'acquisto dei farmaci quasi tutti in fascia c (a carico del paziente) e degli occhiali.

I risultati che scaturiscono dall'indagine fanno emergere un mondo sommerso, sinora scarsamente conosciuto e trascurato, che **dovrebbe sin da ora risvegliare l'attenzione di chi è proposto ad organizzare programmi di prevenzione, cura e riabilitazione della funzione visiva**, ma anche degli operatori sanitari - in particolare gli oculisti - chiamati a risolvere i problemi nel contesto più ampio di salute oculare.

Infine, è quanto mai doveroso - ma anche profondamente sentito - da parte di tutto il mondo oftalmico rivolgere un particolare ringraziamento alla Fondazione OneSight che caparbiamente ha voluto e finanziato questa indagine, con la speranza che continui a percorrere la strada intrapresa.

Filippo Cruciani, Medico Oculista, referente scientifico di IAPB Italia ETS

LE STAGIONI DELLA VISTA: CONTINUITÀ DELLE CURE E INNOVAZIONE NELL'OFTALMOLOGIA MODERNA

Il congresso oftalmologico 2024, svoltosi a Torino, ha affrontato le sfide della prevenzione, diagnosi e riabilitazione visiva attraverso un approccio innovativo. Dalla miopia in crescita tra i giovani alle malattie croniche dell'età adulta, fino alla teleriabilitazione per gli anziani, esperti e istituzioni hanno discusso nuove strategie per garantire cure integrate lungo tutto l'arco della vita

Come ormai è tradizione, anche nell'autunno del 2024 si è svolto il congresso di oftalmologia che vede riuniti l'**Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti (UICI)**, l'**Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità (IAPB - Italia)**, l'Associazione che porta avanti il progetto **AMGO (A me gli Occhi)** e l'**Istituto dei Ciechi F. Cavazza** di Bologna.

La sede di quest'anno è stata **Torino**, nel rispetto dell'impegno assunto sin da quando è nata questa iniziativa, che vuole che il congresso sia itinerante ed interessi ogni anno una città diversa, proprio per garantire un maggiore coinvolgimento territoriale.

Va subito detto che il Congresso è stato un successo per l'alto numero di adesione e di partecipazione: oltre **300 iscritti** fra oculisti ed ortottisti, ma anche tanti ipovedenti e non vedenti. Si sono trovati tutti insieme per discutere le innumerevoli criticità che investono il mondo oftalmologico, per superarle e prospettare

La diagnosi precoce di cataratta congenita e ambliopia rimane centrale per prevenire deficit visivi gravi nei bambini

nuove vie in ambito preventivo, diagnostico-terapeutico e riabilitativo.

Il Congresso si è svolto nei giorni 13 e 14 settembre e ha avuto come cornice il Centro Congressi Lingotto, una sede carica di storia recente, dove molti operai provenienti da ogni parte d'Italia, ma specie dal meridione, hanno cercato, con il sudore, di realizzare una vita migliore per loro e i loro figli. Oggi bellissimo complesso poliedrico di edifici, riconvertito su progetto del celebre architetto Renzo Piano, in cui figurano il Centro Congressi, l'Auditorium, l'Hotel, il Giardino delle meraviglie, che si sviluppa in senso verticale e la Pinacoteca, ricca di prestigiosi autori moderni.

Presidenti del congresso sono stati **Mario Barbuto**, presidente dell'UICI e della IAPB Italia ETS, e **Michele Reibaldi**, giovane professore ordinario della Clinica oculistica di Torino.

I meriti organizzativi vanno attribuiti principalmente a

Federico Bartolomei, molto impegnato anche nella segreteria scientifica affiancato dalla IAPB e dal Polo Nazionale Iprovisione.

Il tema del congresso di quest'anno ha avuto per titolo *“Le stagioni della vista”- La continuità delle cure in oftalmologia*”.

In pratica, si sono affrontati tutti i problemi che l'uomo incontra nel corso della sua vita, siano essi ricerca e mantenimento di una visione ottimale, che prevenzione e cura delle tante malattie che colpiscono l'occhio senza risparmiare alcuna fascia di età.

L'**occhio umano** è un organo estremamente fragile che presenta con tanta frequenza disturbi refrattivi – i cosiddetti difetti di vista – tanto che nel corso della vita, per assecondare le esigenze della vita moderna nello svolgimento delle attività quotidiane, lavorative, di studio, di tempo libero, solo una piccolissima minoranza di persone può vantarsi di aver potuto fare a meno degli occhiali.

Il **programma** è stato diviso sostanzialmente in quattro parti, facendo riferimento alle stagioni dell'anno: primavera, estate, autunno e inverno. In ciascuna delle quattro sessioni, così definite, sono state presentate e discusse le patologie oculari della fascia di età inerente, da un punto di vista preventivo, diagnostico-terapeutico e riabilitativo.

Nella **sessione primavera** si è data particolare importanza alla prevenzione secondaria, cioè alla diagnosi precoce da attuare principalmente alla nascita e nei primi anni di vita. Nei secoli scorsi, infatti, l'età infantile era la più colpita dalla cecità. Oggi, invece, grazie alla prevenzione attuata in gravidanza e alla nascita, tale rischio si è sensibilmente ridotto, ma non certamente scomparso.

Restano i casi di prematurità, che possono presentare una temibile retinopatia (ROP), di cataratta congenita e di malformazioni genetiche. Anche se trattasi di forme rare, non deve essere abbassata la guardia,





perché il carattere invalidante di queste patologie si ripercuote negativamente sullo sviluppo psichico del bambino con ricadute molto gravi e pesanti sul piano umano, sociale ed assistenziale. Recentemente è stato introdotto nei **LEA** l'esame del riflesso rosso alla nascita e nei periodi successivi per la diagnosi precoce di cataratta congenita. Sicuramente un ulteriore passo in avanti nella prevenzione, anche se si poteva fare di più con l'obbligo della **visita oculistica alla nascita a tutti i neonati**, come da sempre e fortemente sostenuto dalla IAPB.

A nostro avviso si è trattato di un'occasione persa, in quanto non sono stati presi in considerazione i numerosi **vantaggi**: la visita del neonato si realizza in pochi minuti, si può raggiungere la quasi totalità della popolazione interessata in quanto ospedalizzata e si ha un ottimale rapporto costo-beneficio. Per quanto riguarda, poi, l'altra necessità di prevenzione secondaria nella prima infanzia, cioè la diagnosi precoce dell'ambliopia (il cosiddetto occhio pigro) e dello strabismo, con l'individuazione di soggetti portatori di vizi di refrazione, che ne costituiscono la causa principale, è stato presentato il **metodo AMGO**, già a lungo

testato in varie parti d'Italia. È stata riaffermata la sua validità nel soddisfare i tanti requisiti di screening e dimostrata la sua semplicità di esecuzione e di programmazione.

Nella sessione estate il problema, a cui è stata data maggiore rilevanza, è stato la **miopia**. Oggi un vero problema sociale, che colpisce i giovani in percentuali altissime e soprattutto con un trend in forte crescita. L'OMS stima che nel Mondo ci siano **2,6 miliardi di miopi**, di cui 312 milioni di ragazzi con meno di 19 anni e 399 milioni affetti dalla forma degenerativa, con la preoccupante previsione che nel 2050 metà popolazione mondiale presenti questo vizio di refrazione. Attualmente in Italia un ragazzo su tre diventa miope, in Paesi dell'Estremo Oriente tra gli universitari si hanno prevalenze che raggiungono il 90%.

Nel corso della sessione sono stati passati in rassegna i metodi da attuare per prevenire il difetto refrattivo o, quanto meno, per rallentarne l'evoluzione. I risultati sono ancora scarsi, ma fanno ben sperare. In questa sessione è stato anche affrontato il problema della **traumatologia oculare**, anche se essa non risparmia nessuna fascia di età con le sue gravi

conseguenze. Nessun momento e nessun ambiente risultano risparmiati: lavorativo, domestico, sportivo, stradale, scolastico. Per tale motivo è stata ribadita l'importanza fondamentale della **prevenzione**.

Nella sessione autunno sono passate in rassegna alcune malattie cronico degenerative, come il **glaucoma**, che si manifesta dopo i 40 anni e di cui risultano affetti nel mondo 76 milioni di persone e la **retinopatia diabetica**, che colpisce a sua volta 146 milioni di individui.

Si tratta di malattie che iniziano a comparire subdolanente nell'età adulta più o meno avanzata e la cui diagnosi precoce deve essere assolutamente perseguita. La loro prevenzione e cura è fondamentale per evitare lo stato di ipovisione, se non di cecità che possono determinare. Allo stato attuale si stimano nel mondo **6,9 milioni di ciechi per glaucoma e 3 milioni per retinopatia diabetica**.

Nel corso delle varie sessioni sono stati presentati e discussi in particolare programmi di **tele-oftalmologia**. Essi dovrebbero essere attuati sistematicamente su tutti i diabetici così da riuscire non solo ad individuare la malattia allo stato precoce, evitando l'evoluzione verso l'ipovisione, oggi prima causa in età lavorativa, ma anche a ridurre sensibilmente le liste di attesa per visita oculistica, sgravandole dall'esame del fondo dei tanti diabetici.

Nella sessione inverno l'attenzione è stata rivolta alla **degenerazione maculare legata all'età**, che con l'invecchiamento della popolazione ha raggiunto prevalenze con percentuali a due cifre negli ultra75enni. Oggi si stima che ne siano colpite circa 200 milioni di persone. Naturalmente tutta la discussione ha in-

vestito non tanto la terapia – attuabile solo nei casi di forma umida per bloccarne l'evoluzione – quanto la **riabilitazione visiva**. Sono state segnalate la ridotta presenza di centri riabilitativi sul territorio e la scarsa tendenza degli oftalmologi a sensibilizzare ed inviare i pazienti verso percorsi riabilitativi.

Di molto positivo è emerso, invece, la possibilità di attuare programmi attraverso la teleriabilitazione, con il paziente che resta nel suo ambiente. Studi condotti in tal senso, anche dal Polo Nazionale di Riabilitazione, hanno dato risultati positivi.

Nel corso del congresso si sono svolti **corsi pratici**, che hanno riguardato principalmente la riabilitazione visiva nel bambino e nell'adulto, con ampia partecipazione degli ortottisti, professione sanitaria sempre più centrale nella riabilitazione visiva.

Il congresso si è chiuso con due **tavole rotonde**. La prima ha riguardato i **Centri Oculistici Sociali UICI**, con un confronto su progetti di prevenzione e di realizzazione sul territorio, dando particolare sviluppo alla telemedicina. Nella discussione sono state anche avanzate proposte di come poter contribuire alla riduzione delle liste di attesa per visita oculistiche. Purtroppo, le grandi differenze assistenziali territoriali non permettono soluzioni univoche.

La seconda tavola rotonda, invece, ha riguardato l'utilizzo di ausili per la riabilitazione visiva e in particolare il **registro D.A.Re**, in cui ogni anno si inseriscono i dati di circa 1000 pazienti. È emersa l'importanza fondamentale dei device, in particolare di smartphone e tablet, ma ad essa si deve associare la necessità di conoscenza – e quindi di insegnamento – del loro uso anche nell'età anziana.

*Avv. Patrizia Altomano, Presidente, Responsabile Scientifico dell'Organismo e dell'Ente di Formazione
"Morris L. Ghezzi A.D.R."*

*Dr.ssa Simonetta Balboni Ghezzi, Vicepresidente, Segretario Generale dell'Organismo e dell'Ente di Formazione
"Morris L. Ghezzi A.D.R."*

Demetrio Spinelli, già Direttore S.C. Oculistica Istituti Clinici di Perfezionamento Ospedale Maggiore Policlinico Milano, Presidente Società Italiana di Oftalmologia Legale

MEDIAZIONE CIVILE, RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE (MEDICA) E ASSICURAZIONI, COSA C'È DI NUOVO?

La mediazione civile, negli ultimi tempi, sta acquisendo sempre più importanza, soprattutto in ambito assicurativo. Comprenderne i vantaggi, soprattutto in campo medico, è fondamentale per una corretta gestione dei contenziosi

Introduzione, a cura di Demetrio Spinelli, già Direttore S.C. Oculistica IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico - Istituti Clinici di Perfezionamento, Presidente Vision+ ETS, Codirettore Oftalmologia Sociale

In occasione del Convegno "Morris L. Ghezzi A.D.R. e le scelte innovative delle Assicurazioni. Nuove frontiere o post-modernità?", tenutosi a Milano, al C.I.B. di Brera il 3 ottobre u.s., è apparsa molto innovativa la descrizione dell'Organismo di Mediazione, delle sue radici concettuali, delle sue scelte strategiche e del nuovo corso intrapreso dalle Compagnie di Assicurazioni.

La gestione dei procedimenti di mediazione deve essere "ritagliata su misura", sulle specificità del singolo caso, basandosi sui bisogni delle parti

Abbiamo chiesto di poter avere un breve saggio che fosse di spunto e di stimolo al confronto tra le potenzialità della mediazione civile, la responsabilità medica (ed oftalmica nello specifico) e l'intervento delle Assicurazioni.

Lo scritto, toccando i capisaldi filosofici ed essenziali della mediazione, ne ripercorre l'iter legislativo, specifico per la Medicina, alla luce degli ultimissimi aggiornamenti e, ponendo l'accento sui requisiti che fanno la differenza nella scelta dell'Ente al quale affidare una procedura, esplora le strategie assicurative dei tempi più recenti. Da tenere ben presenti visto l'intersecarsi, per taluni aspetti, di Medicina ed Assicurazioni.

“L'avvocato può svolgere la sua funzione solo all'interno del triangolo 'legge statale - tribunali - cliente', oppure il suo ruolo sociale si presenta più complesso, in una realtà nella quale non tutte le norme vigenti sono statali, non tutti i contenziosi sono trattati per via giudiziaria pubblica e non tutti i clienti chiedono soltanto di promuovere, di difendersi, di uscire da liti presenti, ma alcuni, addirittura desidererebbero prevenirle per il futuro?” (M.L. Ghezzi, *Alla ricerca del diritto certo*, Mimesis, Milano 2005, p.21).

Morris L. Ghezzi (1951-2017), autore del passaggio appena riportato, Professore Ordinario di Filosofia e Sociologia del diritto dell'Università Statale di Milano, non già solo per le sue ricerche sul campo, ed i suoi studi, attribuiva un ruolo fondamentale alla figura dell'avvocato ma, come politico della scena milanese sin dagli anni Settanta, era solito animare dibattiti e confronti nei quali il suo pensiero sottolineava come, qualunque scelta personale, e quindi anche professionale, dovesse, il più possibile, contemplare e rispettare la somma delle libertà e delle libere volontà delle parti in causa. Proprio questo suo essere paladino delle libertà, in tutte le possibili declinazioni, lo ha spinto a supportare tenacemente l'istituto della mediazione, superando anche gli aspetti critici che, più o meno noti, emergevano da anni di sue analisi empiriche sull'amministrazione della giustizia.

La **mediazione**, dunque, è una delle realizzazioni del suo *“diritto come estetica”* (cfr. M.L.Ghezzi, *Il diritto come estetica*, Mimesis, Milano 2016 e *Id. Ciò che resta. La rivoluzione del diritto come estetica*, Mimesis, Milano 2017), ed è **il momento nel quale la libertà del soggetto**, che assume un comportamento secondo il proprio vaglio critico “mi piace/non mi piace”, in linea col più strenuo relativismo che ha come unico valore la “tolleranza liberale” (cfr. M.L. Ghezzi, *La distinzione tra fatti e valori nel pensiero di Norberto Bobbio*, Themis, Ginevra 2005, 2 ed. 2023), **incontra**

la libertà dell'altro; inizia così, concettualmente ma anche fattualmente, un *iter* fenomenico di maggiore “cognizione dell'alterità” ed etico, di sviluppo di una conoscenza più densa e profonda attraverso l'attività imparziale dei mediatori.

Se questo quadro gius-filosofico può rappresentare la dorsale concettuale nella quale si colloca l'istituto della mediazione non va sottaciuto come, questo tipo di procedura, con le sue caratteristiche di celerità, economicità, imparzialità e de-burocratizzazione vada ad impattare direttamente su altri due criteri, ovvero:

- il contrario del termine “giustizia” non è “ingiustizia”, bensì **“indifferenza”** e, nelle fasi di una procedura di mediazione, l'indifferenza è automaticamente esclusa, in quanto i veri protagonisti sono i soggetti direttamente coinvolti nella vicenda di cui si tratta (con l'assistenza dell'avvocato, magari di un legale con l'attitudine a prevenire i contenziosi piuttosto che a subirli, come nella citazione di apertura);
- per la prima volta, ci troviamo di fronte ad una giustizia che viene sì impartita, ma nella quale è completamente assente la **figura del giudice**.

Per contestualizzare il tema dell'istituto in oggetto nell'ambito medico e dell'oftalmologia nello specifico, occorre ricordare che dal **20 marzo 2011**, il tentativo di mediazione è stato reso obbligatorio in varie materie, tra le quali il **risarcimento del danno da responsabilità medico-sanitaria**.

In materia sanitaria, peraltro, risultavano importanti anche il **D. Lgs. del Capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946, n. 233**, relativo alla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni, che individuava le attribuzioni spettanti al Consiglio direttivo di ciascun Ordine nell'interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitari o fra sanitario e altri soggetti; alcune leggi regionali che, comunque, ponevano quesiti di conciliabilità con la normativa nazionale; il **D. L. 21**



giugno 2013, n. 69 (cosiddetto “Decreto del Fare”) che ha aggiunto la responsabilità sanitaria ed, infine, **la Legge 8 marzo 2017, n. 24 (in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), la c.d. Legge Gelli-Bianco** che ha configurato la mediazione addirittura quale condizione di procedibilità.

Per chiarezza, già il D. Lgs. 4 marzo 2010, n. 28 e s.m.i. prevedeva la mediazione civile quale condizione di procedibilità dettandone i rapporti con il processo “*chi intende esercitare in giudizio un’azione relativa a una controversia in materia di [...] risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria [...]*”, venendo poi completato dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 che, all’art. 8, introduce il tentativo obbligatorio di conciliazione, così recitando “*chi intende esercitare un’azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso*

ai sensi dell’articolo 696-bis del Codice di procedura civile dinanzi al giudice competente”.

La mediazione, allora, seppur attività volontaria e rimessa alla decisione delle parti, in taluni casi previsti - ovvero quando si vuole esercitare in giudizio un’azione relativa a una controversia - presenta **carattere obbligatorio**, comportando il previo esperimento di un tentativo di conciliazione quale condizione di procedibilità rispetto alla successiva azione in sede civile.

Aldilà di questi aspetti preliminari, ma fondamentali, bisogna aggiungere che, in relazione ai necessari obiettivi di digitalizzazione promossi dalla Comunità Europea, favoriti anche dal PNRR, accolti dal **D. Lgs. 10 ottobre 2022, n. 150 (Riforma Cartabia)** e reiterati nell’ultimo decreto sul tema, il **D. M. 23 ottobre 2023, n. 150**, dunque al passo con l’evoluzione dei tempi, è stato grandemente implementato l’istituto della mediazione con scopo, tanto deflattivo rispetto alla giustizia ordinaria, quanto incentivante della “rivoluzione analogica”.

Per questa ragione, oltre ai tradizionali incontri nella sede dell'Organismo di Mediazione, è prevista anche la modalità di mediazione *on line*, mediante *web conference*, in un'area riservata del sito cui possono accedere solo le parti, gli avvocati e il mediatore, garantendo, così, anche l'assoluta *privacy* dei soggetti coinvolti.

Quanto alle **tempistiche**, bisogna considerare che, anche le controversie già pendenti dinanzi all'autorità giudiziaria possono essere oggetto di mediazione, ottimizzando così i vantaggi che questo tipo di risoluzione alternativa presenta, dalla **volontarietà** in quanto nessuna decisione viene imposta, essendo le parti a pervenire volontariamente ad un accordo risolutivo della controversia; alla **rapidità**, perché la procedura non ha durata superiore a tre mesi; all'**economicità**, in quanto i costi, contenuti e predeterminati, variano in relazione al valore della controversia in oggetto e, infine, alla **riservatezza**, professionalità e terzietà del mediatore o del Collegio Mediatori.

A ciò si aggiungono altri importanti benefici per entrambe le parti della lite: potenziamento degli aspetti relazionali, riconduzione del rapporto medico-paziente nell'alveo della fiducia, fuoriuscendo da quello della conflittualità, tutela della reputazione professionale del medico coinvolto.

Il mediatore può non disporre del potere di risolvere il conflitto ma, certamente, non difetta dell'attitudine e delle caratteristiche giuridiche, empatiche e strategiche per assicurare un **confronto costruttivo tra le parti**, arrivare ad una **proposta conciliativa** (art. 11 D. L.gs. n. 28/2010) se le parti non sono in grado di farlo da sole e consentire un risparmio di spesa per il soggetto/i o la parte/i concilianti. A questo proposito, infatti, va ben puntualizzato che le spese legali saranno poste a carico della controparte/i che non ha accettato la proposta, se l'eventuale decisione del giudice adito dovesse coincidere, in modo sostanziale, con quella suggerita dal mediatore.

Può essere interessante, anche, non sottovalutare le **agevolazioni fiscali**. Non sono dovute, infatti, né le

spese giudiziarie, né altri costi addizionali, essendo tutti gli atti, i documenti e i provvedimenti relativi al procedimento di mediazione esenti dall'imposta di bollo e da ogni spesa, tassa o diritto di qualsiasi specie o natura.

Anche il verbale di accordo è esente dall'imposta di registro entro il limite di valore di 100.000 euro, in questo caso, l'imposta dovuta dovrà essere corrisposta solo per la parte eccedente.

Ampliando ora l'orizzonte in senso "quasi geografico", ovvero verso altre ipotesi e possibilità di risoluzione dei conflitti, è bene sottolineare come **l'art. 8 della Legge Gelli-Bianco** (già citata), sembrerebbe creare un'alternativa impropria tra Mediazione e Accertamento Tecnico Preventivo, quasi ponendo sullo stesso piano sia la **mediazione**, finalizzata alla eventuale conciliazione della lite, prevista dal D. L.gs. 4 marzo 2010, n. 28 (sulla base della delega contenuta nell'art. 60 della Legge 18 giugno 2009, n. 69), sia l'istituto della **Conciliazione**, guidata da un Consulente Tecnico di Ufficio, sulla base dello schema procedimentale contenuto nell'articolo 696 *bis* del Codice civile.

Ma i due istituti, pur avendo in comune tre caratteristiche di base – ovvero la finalità di composizione bonaria della lite, la costituzione di titolo per l'iscrizione dell'ipoteca giudiziale, nonché la previsione di agevolazioni ed incentivi fiscali – si differenziano sostanzialmente.

La **consulenza tecnica preventiva** rientra nella giurisdizione contenziosa, la **mediazione** ha natura stragiudiziale. Il **consulente tecnico** è uno specialista che deve risolvere la questione tecnica sottesa alla controversia e, solo dopo, può tentare di conciliare le parti, il **mediatore** non deve necessariamente possedere conoscenze in campo medico, ma deve assistere le parti e favorire la loro comunicazione per arrivare ad una soluzione della lite.

Il **mediatore** può incontrare le parti separatamente (anche per fare la c.d. proposta valutativa), il **consulente tecnico** ha bisogno della contemporanea



presenza di tutte le parti. Nella successiva fase giudiziale, sia **la relazione tecnica**, sia **la proposta del mediatore** possono costituire elemento di valutazione nel giudizio. Se la **mediazione** non va a buon fine, la parte istante, ritornata parte attrice, potrà scegliere tra il giudizio ordinario ed il rito abbreviato; **nell'ATP** questa scelta non è consentita.

In sintesi, quindi, in un'ottica deflattiva del contenzioso, l'A.T.P. è stata introdotta quale condizione di procedibilità finalizzata anche al tentativo di conciliazione, ex art. 696 *bis* c.p.c., configurandosi quale aspetto innovativo (anche se meno vantaggioso economicamente) di supporto alla procedura di Mediazione e Conciliazione, inizialmente considerata unico strumento obbligatorio da esperire ancor prima di introdurre un giudizio.

Non è solo l'ATP a conferire valore ed autorevolezza al lavoro del consulente chiamato a dirimere la controversia in virtù della sua capacità scientifica, anche in un procedimento di mediazione, infatti, è possibile che il mediatore nomini un **consulente tecnico imparziale e competente**, scelto tra quelli iscritti nelle Liste presso i Tribunali, la cui relazione tecnica, con il consenso delle parti, potrà essere prodotta in giudizio avendo gli stessi effetti scientifici di quelli di un'ATP. Poiché la maggiore esperienza è quella che ci riguarda da vicino, il suggerimento che possiamo

dare a qualunque medico, e medico oftalmico nello specifico, è quello di **affidarsi ad un organismo di mediazione avendo ben analizzato e considerato quanto previsto nel suo Regolamento** (consultabile presso il sito del Ministero della Giustizia), ove sono ricomprese le scelte organizzative e strategiche per gestire al meglio le mediazioni.

A questo proposito, una caratteristica importante da prendere in considerazione è, a nostro giudizio, il fatto che sia previsto l' "avvio unilaterale", ovvero la possibilità, per la parte che attiva il procedimento di mediazione, di proseguire con lo stesso anche in assenza della parte chiamata; ciò si realizza, anche nello specifico ambito medico, ed oftalmico in particolare, attraverso la richiesta unilaterale di una consulenza tecnica imparziale e tramite la proposta del mediatore, ex art. 11 D. Lgs. n. 28/2010. Nella prassi, ben vengano, poi, quegli organismi che, per ottimizzare i costi e i tempi, hanno introdotto una modalità procedurale molto appropriata, cioè il confronto congiunto tra i consulenti di parte alla presenza del solo Collegio Mediatori (laddove, per esempio, la procedura sia gestita da due mediatori, in ipotesi un avvocato e un esperto nella materia, per offrire un servizio più qualificato e professionale alle parti).

Accade, infatti, frequentemente che i medici (in qualità di esperti tecnici), o i consulenti delle parti, siano



molto più concilianti rispetto agli avvocati ed ai soggetti in conflitto e, se il Collegio Mediatori lavora bene, riesce ad ottenere dai predetti consulenti un verbale da questi sottoscritto, che rappresenta quella relazione tecnica condivisa che aiuta il Collegio Mediatori nell'atto di scrivere la proposta conciliativa.

Da qualche tempo, non solo le figure legali cercano di affrontare in anticipo le controversie, come appare nel brano di inizio di questo articolo, ma anche alcuni importanti ospedali pubblici e privati hanno abbracciato la filosofia per cui "prevenire è meglio che curare" costituendo al loro interno alcuni settori dedicati alla gestione delle mediazioni, composti da avvocati e medici e alle cui riunioni partecipano anche l'Unità di Gestione del Rischio e il Comitato Valutazione Sinistri.

Da un angolo visuale strettamente giuridico, la Corte di Cassazione (con la sentenza 22 gennaio 1999, n. 589 e SS.UU. 30 novembre 2001, n. 13533) ha parlato di un cambiamento di mentalità. Con il riconoscimento del "contatto sociale qualificato" in ambito medico, la responsabilità prende una piega di tipo contrattuale e non più extra-contrattuale; ciò comporta che l'onere probatorio sia a carico dell'attore il quale deve fornire la prova della fonte dell'obbligazione, mentre

a carico del convenuto (medico e struttura sanitaria) residua la prova del corretto adempimento. L'unica ipotesi di responsabilità extra-contrattuale della struttura (quale custode delle apparecchiature) si rinviene nell'ipotesi di contratto concluso direttamente con lo specialista.

Per concludere e venendo a sfociare anche nella materia delle assicurazioni, è importante che la gestione di ogni procedimento di mediazione - soprattutto in una materia così delicata come quella medico-sanitaria, dove l'aspetto della riservatezza ha molta rilevanza - debba essere "ritagliata su misura", sulle specificità del singolo caso, tenendo soprattutto conto dei bisogni delle parti ed anche dei supporti disponibili da parte delle figure terze, ovvero le compagnie assicurative, che stanno diventando sempre più protagoniste.

Potrebbero, infatti, essere maturi i tempi nei quali le strutture sanitarie, i medici ed i liberi professionisti - invece di attendere di essere parti chiamate di un procedimento di mediazione - comprendano che per loro stessi il procedimento di mediazione rappresenta la soluzione più economica, efficiente ed efficace per risolvere le insorgenti controversie e, "giocando di an-

ticipo”, siano essi stessi ad attivare la mediazione, divenendo, in sostanza, “protagonisti” del proprio “risultato di giustizia” senza delegarlo ad una figura terza, ovvero il Giudice. Si potrebbe ricalcare il solco di ciò che è avvenuto nell’ambito delle assicurazioni, dove si riscontra, attualmente, una vera e propria inversione di tendenza. Consideriamo che, per i **contratti assicurativi**, come per quelli bancari e finanziari, il nostro legislatore ha previsto, ormai da anni, l’obbligatorietà della Mediazione civile, a pena dell’improcedibilità in giudizio.

Ebbene, in questo settore, si è passati da un iniziale e perdurante atteggiamento disinteressato e refrattario ad ogni avvicinamento conciliativo, a un vero e proprio ruolo propositivo, specialmente da parte dei responsabili o delle figure apicali delle Compagnie. Soprattutto coloro che si occupano dei Grandi Rischi, infatti, si sono resi conto di quante energie e risorse, lavorative, organizzative ed economiche, personali e societarie, vengono abitualmente sprecate nella gestione o, meglio, nella dilazione e nel differimento spazio-temporale dei contenziosi in essere. Senza prescindere poi dal fatto che, comunque, di fronte ad un sinistro aperto e non definito, l’assicurazione deve, in ogni caso, provvedere all’accantonamento della cifra a copertura del danno, nelle situazioni contabili provvisorie e, ancor più in bilancio.

Dunque, per dare concretamente il polso della situazione, oggigiorno sono proprio le assicurazioni a depositare istanze di mediazioni con conseguente chiamata del soggetto assicurato, del soggetto che ha cagionato il sinistro e di tutte le altre figure (persone fisiche o giuridiche) compartecipi, a qualunque titolo, in quanto eventualmente corresponsabili o, all’opposto, soggetti in altro modo lesi, del danno da risarcire e da liquidare.

Ciò che si auspica, con questo scritto, è il fatto che, anche in ambito medico-sanitario, ci sia un **maggiore spirito propositivo** riguardo la gestione dei contenziosi, anche *in fieri*, attraverso la mediazione. Il “nuovo corso” intrapreso dalle assicurazioni, di cui abbiamo

voluto, in questa sede, descrivere l’attuale tendenza, potrebbe rappresentare motivo di dibattito, di confronto ed anche di sollecita informazione, alla luce degli evidenti intrecci che intercorrono tra medicina ed assicurazioni.

Alla fine, come si suole dire in tutte le mediazioni perfezionate, l’accordo conciliativo vale come una sentenza inappellabile e inoppugnabile scritta dalle stesse parti, ma la soddisfazione più grande, da parte di un mediatore o un organismo, di assistere e guidare verso questa soluzione tutte le parti coinvolte, vale forse anche di più, o vale, perlomeno, quanto la passione per questo lavoro.

NOTE SUGLI AUTORI

- *Patrizia Altomano è avvocato e ha lavorato in importanti studi italiani ed internazionali. Autrice di articoli, saggi e libri sul tema della Mediazione (“Salvagente della giustizia”, Mimesis, Milano 2020, vol. I-II-III e “La risoluzione alternativa delle controversie nell’ospitalità turistica”, Key editore, Milano 2020) è Presidente e Responsabile Scientifico dell’Organismo di Mediazione e dell’Ente di Formazione “Morris L. Ghezzi A.D.R.”*
- *Simonetta Balboni Ghezzi, dottore in Giurisprudenza, cultore della materia presso la cattedra di Sociologia del diritto dell’Università degli Studi di Milano, è autrice di articoli, saggi e curatrice di alcuni libri di criminologia e sul pensiero di Morris L. Ghezzi (“Jura. Il pensiero di Morris L. Ghezzi attraverso riflessioni ed approfondimenti dei suoi allievi”, Mimesis, Milano 2022 e “Diritti di Libertà. Ripercorrendo Morris L. Ghezzi”, Mimesis, Milano 2024). È Vicepresidente e Segretario Generale dell’Organismo di Mediazione e dell’Ente di Formazione “Morris L. Ghezzi A.D.R.”*

Demetrio Spinelli, già Direttore S.C. Oculistica IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico - Istituti Clinici di Perfezionamento, Presidente Vision+ ETS e Codirettore Oftalmologia Sociale

Dott. Patrizio Rossi, Sovrintendente sanitario centrale, Inail

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI INDENNIZZO DEL DANNO VISIVO NELL'ASSICURAZIONE SOCIALE INAIL

Oltre 100 anni di storia ripercorsa per capire come la valutazione del danno oculare nei vari ambiti debba essere aggiornata sia per aspetti di inquadramento diagnostico, sia per la quantificazione delle menomazioni a carico dell'apparato visivo.

La lectio magistralis durante il Congresso sui traumi SIOI, Roma

L'inestimabilità del valore dell'occhio, quand'anche monolaterale, era invero già adeguatamente riassunta nel Levitico (24, 19-20): "Se uno farà una lesione al suo prossimo, si farà a lui come egli ha fatto all'altro: frattura per frattura, occhio per occhio, dente per dente; gli si farà la stessa lesione che egli ha fatto all'altro" (V sec. a.C.). In epoca ben antecedente allo scritto classicamente attribuito a Mosè è invece il c.d. Codice di Hammurabi, quello che potremmo definire il precursore degli attuali barèmes medico-legali. Tra le 282 disposizioni del codice oltre a rimarcare quella che è comunemente nota come "legge del taglione" viene per la prima volta delineato quello che è il valore "monetario" dell'organo della vista.

196. Qualora un uomo cavi un occhio ad un altro, gli sia cavato un occhio.

198. Qualora cavi l'occhio di un uomo liberato, o rompa l'osso di un uomo liberato, pagherà una mina d'oro.

199. Qualora cavi l'occhio dello schiavo di un uomo, o

rompa l'osso dello schiavo di un uomo, pagherà metà del valore di esso.

Analogamente, ancora prima, nel Codice di Ur-Nammu, risalente probabilmente al III millennio a.C., la perdita dell'occhio veniva per la prima volta codificata e gli veniva attribuito il valore di 60 sicli¹.

Nel medioevo, la Lex Salica prevedeva per la perdita dell'occhio (nonché della mano, del piede o del naso) un risarcimento di 100 solidi. Il "maggior danno" dovuto alla perdita dell'occhio nel monocolo era invece di 62 solidi e mezzo^{2,3}.

1 Il codice di Ur-Nammu è il più antico codice di Leggi a oggi conosciuto. Tra le altre prevedeva l'indennizzo di 2 sicli per la rottura di un dente, di 30 sicli per la perdita del dente stesso e di un orecchio, nonché 60 sicli per la perdita del naso.

2 LEX Salica, capitolo XXIX. Disponibile a: https://la.wikisource.org/wiki/Lex_Salica#XLIV

3 In epoca bizantina, invece, l'enucleazione dei bulbi oculari (e quindi l'accecamento) era la pratica che veniva riservata agli Imperatori destituiti affinché non fossero più in grado di regnare.



Tali riferimenti sono indicativi dell'**intimo e antico legame esistente tra la dottrina medico-legale in tema di valutazione del danno e l'oculistica**; la seconda, infatti, soventemente nel corso della storia più recente ha indirizzato, influenzato e accompagnato la prima. La complessità della funzione visiva e, conseguentemente, della valutazione medico-legale in tale ambito sono state oggetto di trattazione già nella prima metà del XVII secolo a opera di Zacchia, uno dei padri della medicina legale così come oggi la conosciamo. Nel suo "*Quaestionum medico-legalium*" lo Zacchia dedicava un intero capitolo a quelli che definiva "*vitia ocularum*".

Avvicinandoci ai giorni d'oggi, le radici della "numerificazione" del valore dell'occhio sono intrise ai movimenti sociali che si svilupparono in Europa tra la fine dell'800 e i primi anni del 900. Di pregnante rilevanza fu l'emanazione della legge tedesca sulle assicurazioni del 1894 la quale prevedeva un indennizzo per la perdita della "forza economica" risultante dall'infortunio o dalla morte, dando così inizio a un lungo corso di studi alla ricerca della formula matematica per il determinismo del valore prima economico e poi biologico dell'occhio.

La cecità totale e il 100% di invalidità come caposaldo della valutazione del danno

Il Regio Decreto n. 80 del 1898, che sanciva l'obbligatorietà dell'assicurazione sociale, introduceva - con il successivo regolamento di cui al Regio decreto n. 411 dello stesso - il cardine di valutazione delle invalidità permanenti, sancendo come "*Agli effetti della liquidazione dell'indennità nei casi di inabilità permanente, assoluta o parziale, debbono osservarsi i criteri seguenti: 1° deve ritenersi come invalidità permanente assoluta:*

- a. *la perdita totale delle due braccia o delle due mani;*
- b. *la perdita totale delle due gambe o dei due piedi;*
- c. *la perdita di un braccio e di una gamba, o di una mano o di un piede;*
- d. *la perdita totale della forza visiva dei due occhi [...]*".

Lo stesso regolamento già prevedeva altresì due ulteriori voci sulle perdite parziali: "*Per la perdita totale della forza visiva di un occhio congiunta con la grave diminuzione della facoltà visiva dell'altro, del 50%*" e "*per la perdita totale della forza visiva di un occhio, del 35%*". La norma sull'obbligatorietà dell'assicurazione sociale era invero frutto di un lungo, dibattuto e più volte

interrotto processo di legiferazione che durava da circa 20 anni⁴. Al contrario, il regolamento attuativo della Norma veniva pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del Regno solo pochi mesi dopo, il 25 Settembre del 1898, quale atto esecutivo del decreto Reale per il quale non era previsto nessun passaggio parlamentare. Per quanto riguarda l'aspetto squisitamente dottrinario medico-legale, una tale facilità/rapidità trova la sua giustificazione in diversi elementi; non vi è, infatti, chi non veda, all'analisi delle menomazioni causa di inabilità assoluta di cui al predetto R.D., la derivazione dalla pensionistica "di guerra". Il Regio Decreto del 21 febbraio 1895, n. 70 (quindi precedente all'emanazione al primo *barème* per l'assicurazione sociale) all'articolo 100 prevedeva infatti che "[...] La cecità, l'amputazione o la perdita assoluta dell'uso delle mani o dei piedi, ovvero di due di questi membri per cagione di servizio, danno diritto agli ufficiali al massimo della pensione di riposo, corrispondente ai quattro quinti dello stipendio, aumentato, tale massimo, della sua metà; ed ai militari di truppa al massimo della pensione, secondo le annesse tabelle, aumentato dei suoi due terzi [...]".

Inoltre, la cecità totale come causa massima di invalidità permanente (100%), trova le sue radici in ragioni sociali ed economiche ben più intuitive e fondamentali. **Era infatti paradigmatico, in una società che prevedeva la persona quale *homo faber*, che il valore lavorativo del cieco fosse nullo.** Lunghi dal richiamare le tante, autorevoli e costantemente concordi fonti, ci si limita a sottolineare come gli autori italiani e

internazionali dell'epoca consideravano tale assunto quale cardine da cui derivavano - sulla scorta di un arcaico concetto di "analogia e proporzionalità"- le voci tabellari delle invalidità parziali. Si pensi a quanto asseriva il Magnus, oculista tedesco dedito all'infortunistica a cavallo tra fine '800 ed inizio '900: "È assolutamente evidente che un cieco totale sia totalmente inabile al lavoro in ogni mansione o professione che richieda la vista, e che la grandissima maggioranza dei ciechi non solo non sia capace di guadagno, ma sia allo stesso tempo un peso economico per le famiglie e per la comunità [...]"⁵. Anche l'italiano Maurizi A., nel 1912⁶ si esprimeva in tal senso: "[...] Occorre qui rilevare che a nostra guida in valutazioni di danno lavorativo oculare noi non abbiamo effettivamente il solo valore della perdita della facoltà visiva di un occhio indicato a titolo di esempio dal legislatore, bensì l'altro limite, tacito ma indiscutibile, del cento per cento per la cecità sia dell'uomo sano che del monocolo [...]". O ancora, il Gabrielli nel 1920: "[...] È noto che un operaio è ritenuto invalido assoluto se ha perduto interamente la funzione visiva utilizzabile pel lavoro [...]"⁷. In estrema sintesi, coerentemente al tessuto sociale in cui tali *barèmes* prendevano vita, la cecità totale quale cardine della valutazione dell'invalidità era un assioma. Da tale principio, come vedremo, deriveranno i riferimenti valutativi non solo del valore economico/indennitario delle menomazioni visive, ma altresì i criteri metodologici per la valutazione delle preesistenze, sia in ambito oculare che più ampiamente nella valutazione del danno alla persona anche come modernamente intesa.

4 Con riferimento alla Legge 80/1898 si segnala che il relativo disegno di legge fu presentato al Senato dall'onorevole Guicciardini il 13 aprile 1897 e approvato il 5 luglio dello stesso anno. Venne quindi presentato alla Camera dei deputati il 7 luglio dello stesso anno e definitivamente approvato il 15 marzo 1898. Questo era in realtà solo il culmine di un iter iniziato già nel 1879 con lo schema presentato alla Camera il 17 marzo 1879 dall'on. Pericoli e con il progetto del 1880 presentato sotto l'egidia degli on. Minghetti, Luzzatti, Villari e Sonnino ma mai arrivati alla discussione, così come i disegni di legge presentati dal Berti e dallo Zanardelli rispettivamente nel 1881 e nel 1883. Seguirono ancora i progetti di Miceli e il contro-progetto di Chimirri nel 1890 che ebbero stessa sorte, così come quelli di Rudinì e Lacava nel 1892 e di Barazzuoli nel 1895.

5 Magnus H, 1894. *Leitfaden für Begutachtung und Berechnung von Unfallsbeschädigungen der Augen*, Trad. Eastimation on the earning ability after injuries to the eyes

6 Maurizi A. *Della capacità al lavoro in rapporto agli organi della vista e degli annessi*. Roma, Tipografia nell'orfanotrofio di S. Maria degli angeli, 1912.

7 Gabrielli G. *Relazione al Congresso Nazionale di Oculistica Infortunistica*. Roma 8-10 Ottobre 1920.

L'epoca delle formule e delle tabelle per la definizione del valore economico della vista: la perdita di un occhio nel soggetto sano

Appurato come la cecità binoculare corrispondesse al 100% di perdita dell'attitudine lavorativa, i primi oculisti infortunistici della fine dell'800 in Germania^{8,9} istintivamente attribuiscono alla perdita della funzione di un solo occhio, il valore della metà dell'attitudine lavorativa completa (Zehender 1889). Appare ad oggi palmare l'illogicità alla base di tale proporzione matematica. Sulla spinta delle legislazioni sociali promosse tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, la questione della "numerificazione" del valore del singolo occhio divenne quanto mai attuale e necessaria, dando il via a una lunga serie di tentativi che vedevano sovrapporsi teorie matematiche, filosofiche ed empiriche. Il Magnus, a fondamento della sua teoria sul valore dell'occhio, partiva dalla definizione di capacità di guadagno, riassumendola come la sintesi di tre fattori:

- la funzione degli organi del corpo;
- la conoscenza tecnica necessaria per espletare il mestiere;
- l'abilità dell'individuo di competere nel mondo del lavoro.

Lo stesso Magnus identificava lavori con un'alta "necessità visiva" (le "alte professioni", medici, teologi, avvocati, ingegneri, meccanici di fino, lavoratori del ferro e dell'acciaio, gli impiegati della ferrovia, soldati e marinai, etc.) e lavori a bassa "necessità visiva" (fattori, lavoratori del legno, impiegati dei mulini e delle fabbriche di zucchero, soffiatori di vetro, lavoratori di miniera, costruttori, etc.).

Egli, cercando di riassumere le possibili variabili che

influenzassero l'attitudine lavorativa propose la seguente formula (**E = valore dell'occhio**).

$$E = C_{(\max)} \sqrt[4]{P \sqrt[4]{M}} \sqrt{\frac{C_1 + C_2}{2} \sqrt[4]{P \sqrt[4]{M}}}$$

A conclusione del suo lavoro, il Magnus asseriva come risolvendo la formula da lui proposta, la perdita della capacità di guadagno dovuta alla perdita di un occhio fosse del 30,903% appena la lesione fosse stabilizzata (dunque dopo l'eventuale periodo di inabilità temporanea assoluta) e del 21,966% a distanza di un anno (quando veniva riacquisita la stereopsi e, di conseguenza, vengono modificati i coefficienti della formula) per le lavorazioni ad alta necessità visiva e del 27,315% e poi del 18,388% per le lavorazioni a bassa necessità visiva¹⁰.

Le discussioni, di cui si riportano nel seguente valore solo gli esempi più significativi, continuarono in maniera vivace e sostenuta sia in Germania (con, oltre i già citati, i vari Mooren, Berry, Schleich, Muller, Sulzer) e altresì in Francia (si richiamano, sempre a titolo esemplificativo i lavori di Dehenne, Bourgeois, Dor, etc.). Il Legislatore Italiano dell'epoca, come già richiamato, recepì tali studi con il Regio decreto 25 settembre 1898, n.411 che approvava il Regolamento per l'esecuzione della Legge n. 80 dello stesso anno. Tali barèmes valutativi furono poi ripresi nel Testo Unico della legge per gli infortuni degli operai sul lavoro del 1904 e il coerente regolamento dello stesso anno^{11,12}.

8 Golebiewski. *Aerztlicher Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884: mit praktischen Rathschlägen zur Untersuchung, Behandlung und Beurtheilung von Unfallverletzten*

9 Mooren. *Die Schstorungen und Enschadigungsanpruche der Arbeiter. Klin Monatsbl. F. Augenheil, 1890.*

10 *Curioso è che la previsione dello stesso Magnus per cui la misura di circa il 33% per il valore dell'occhio sarebbe stata a breve abbandonata per cifre più vicine al "valore scientifico" da lui identificato. Si rivelò invero esatta ma più di un secolo dopo, con il D.lgs 38/2000 per cui la "Cecità assoluta monolaterale" veniva tabellata con percentuale del 28%.*

11 <https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1904-02-27&atto.codiceRedazionale=004U0051&tipoDettaglio=originario&qId=>

12 <https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1904-04-15&atto.codiceRedazionale=004U0141&tipoDettaglio=originario&qId=> (ART 95)

L'epoca delle formule e delle tabelle per la definizione del valore economico della vista: la perdita di un occhio nel soggetto menomato

Appurati i presupposti di cui al paragrafo precedente, è evidente la difficoltà valutativa che si poneva di fronte a chi era chiamato a giudicare, nella pratica, menomazioni (oculari e non) sopravvenute in soggetti la cui validità o attitudine al lavoro fosse già ridotta. Se, ad oggi, non vi è testo di medicina legale che non riporti la ben nota Formula di Gabrielli dallo stesso relazione nel 1920¹³, va detto che tale problematica fosse stata analogamente affrontata già prima di lui

teoricamente e rende effettivamente il 100 del lavoro che il soggetto è capace di dare, si può cioè dire che una unità centesimale di esso contribuisce cogli altri sistemi organici a rendere una unità centesimale del prodotto del lavoro (salario=x); quando esso invece è menomato esso non vale più teoricamente 100, ma meno, ad esempio (caso del monocolo) 65; esso rende evidentemente meno (cioè un salario y inferiore a quello di x), ma rispetto al salario y contribuisce sempre a rendere il 100 di esso salario; se si perdono tutte le 65 unità disponibili, l'operaio perde tutto il 100 del suo salario y; se perde la metà delle 65 unità, cioè se perde la metà della capacità lavorativa del suo sistema visivo, si presume che perderà la metà del salario y, se ne perde 1/3 il danno lavorativo indennizzabile sarà 1/3 ecc. [...]”.

Se l'utilizzo della formula di Gabrielli è sopravvissuto sino ai giorni nostri, venendo in seguito mutuato altresì in altre fattispecie¹⁵, molteplici - come già detto - sono state le formule matematiche e le tabelle proposte dalla fine dell'800 per rispondere all'interrogativo di cui alla premessa del presente capitolo.

TAVOLA I.

	Visus perduto	Visus residuo	Aritmetica	Congresso	Pardo	Ovio	Ricchi	Sabbadini Pastina	Miceli	Contino	Redaelli	PNAS	Media delle 10 Tab.	Personale
Occhio peggiore (35%)	1/10	9/10	3,50	0	1,75	0	0	2,15	0,35	0,35	2	2	1,21	0
	2/10	8/10	7	0	3,50	0	0	4,60	1,40	1,40	4	5	2,69	2
	3/10	7/10	10,50	0	5	5	0	7,35	3,15	3,15	6	8	4,81	5
	4/10	6/10	14	5	11	10	5	10,40	5,60	5,60	8	11	8,56	9
	5/10	5/10	17,50	10	11	13	10	13,75	8,75	8,75	11	14	11,77	13
	6/10	4/10	21	15	18	18	15	17,40	12,60	12,60	15	18	16,20	18
	7/10	3/10	24,50	20	18	22	20	21,35	18,20	17,15	20	22	20,32	22
	8/10	2/10	28	25	26	26	25	25,60	23,80	22,40	25	26	25,28	27
	9/10	1/10	31,50	30	26	31	31	30,15	29,40	28,35	30	34	29,84	31
	10/10	0	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Occhio migliore (65%)	1/10	9/10	6,50	0	3,50	0	0	5,15	0,65	0,65	5,50	5	2,60	1
	2/10	8/10	13	5	7	0	0	10,60	2,60	2,60	11	11	6,28	5
	3/10	7/10	19,50	10	10	10	0	16,35	5,85	5,85	16,50	16	11	10
	4/10	6/10	26	15	22	20	9,75	22,40	10,40	10,40	22	23	18,09	17
	5/10	5/10	32,50	20	22	26	18,75	28,75	16,25	16,25	27,50	29	23,70	24
	6/10	4/10	39	25	36	36	27,95	35,40	23,40	23,40	35	36	31,51	33
	7/10	3/10	45,50	35	36	44	37,40	42,35	33,80	31,85	44,50	43	39,14	41
	8/10	2/10	52	45	52	52	49,80	49,60	41,30	41,60	50	50	48,32	50
	9/10	1/10	58,50	60	52	62	55,90	57,15	54,60	52,65	57,50	57	56,73	58
	10/10	0	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65

Figura 1 - Sinossi comparativa di alcune tabelle valutative proposta tra il 1904 ed il 1956

dallo stesso Magnus (1894), Groenouw (1896) e, in seguito, da Balthazard (1923)¹⁴, evidenziando come tutti gli autori si basassero (e addivenissero al medesimo risultato) sullo stesso principio proporzionalistico. Il Gabrielli lo illustrava come segue: “[...] quando un sistema organo-funzionale è integro esso vale 100

Circa le alterazioni del campo visivo si riporta, a metro titolo esemplificativo e con nessuna presunzione di esaustività, come i differenti autori in Germania, Francia e Italia abbiano proposto valori molto variabili, a tratti assolutamente discordi; si pensi che gli autori francesi fissavano al 10% il valore delle emianopsie temporali eteronime bi-nasali mentre in Italia si arrivava al 22%; o che, in Germania, Schroeder valutava l'emianopsia omonima destra con il 45% e la sinistra con il

13 GABRIELLI G.: Valutazione delle condizioni preesistenti che sono causa di invalidità. Relazione sul 7° tema al I Congresso di Infornistica Oculare, Roma, 8-10 ottobre 1920. In Rass. Prev. soc. 1920 X, 22

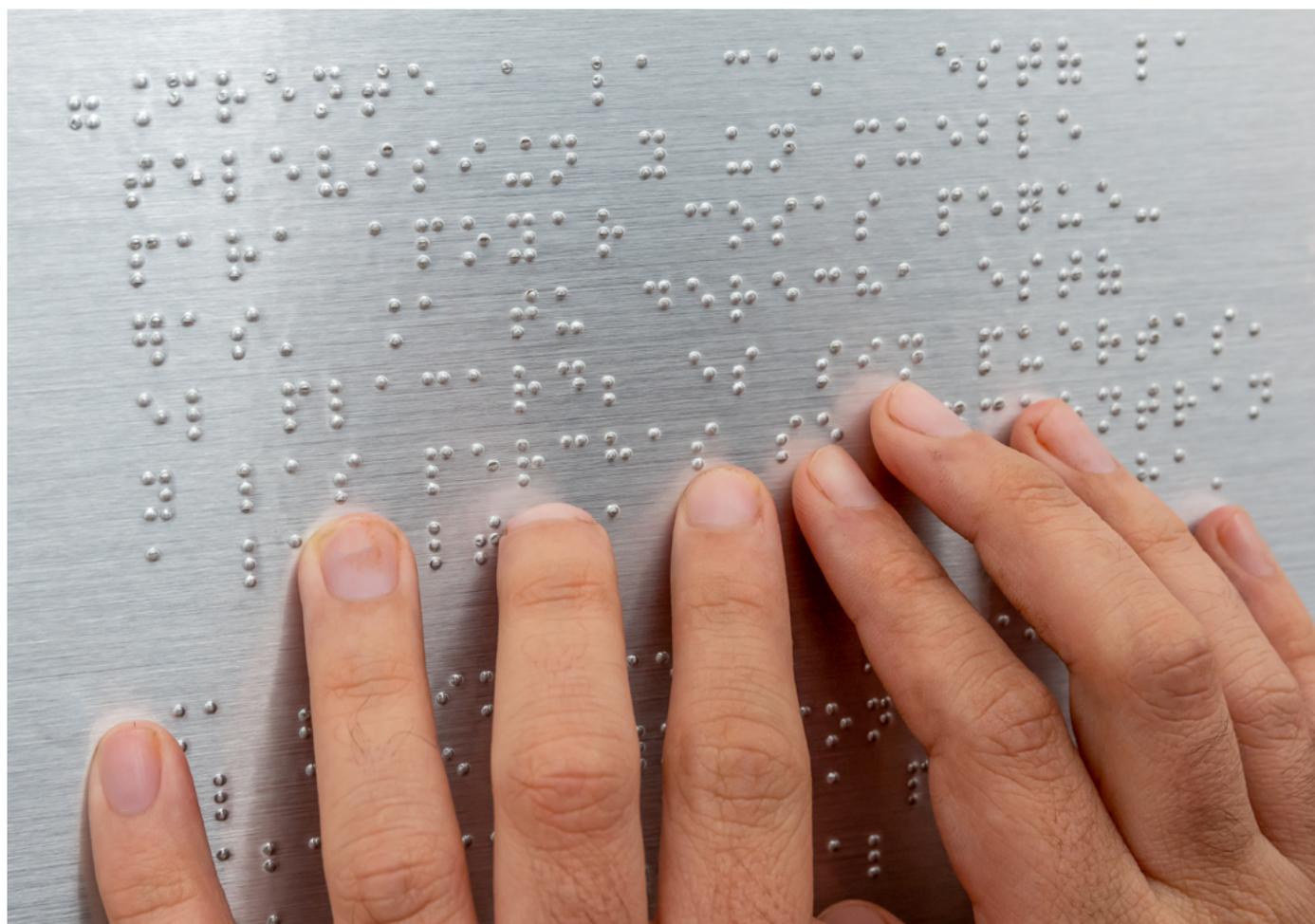
14 OSSICINI, Cold Case: Giuseppe Gabrielli e la formula D=(C-C1)/C, in Riv. inf. mal. prof. 2011, I, 569-594

15 Raccomandazione SSC n.1 2022.

30% mentre Magnus attribuiva a entrambe il valore del 30%. Più accordo si rinveniva invece sulle emianopsie orizzontali in quanto la mancanza dei settori inferiori veniva considerata quale evenienza più grave per l'espletamento di qualsiasi lavoro con valutazioni concordi intorno al 50% mentre la cecità dei settori superiori aveva valutazioni variabili dal 10 al 20.

Con particolare riferimento alle patologie di palpebre e annessi, Pesce sottolineava come nel 1920, al Congresso di Infortunistica, furono proposte cifre valutative tabellari che 30 anni dopo venivano giudicate dallo stesso assolutamente inadeguate. Nel 1920, infatti, i danni venivano indennizzati in capitale e l'ope-

raio infortunato non era obbligato per legge a sottoporsi alle cure ritenute idonee per migliorare lo stato di invalidità. Con la Legge in vigore dal 1935 le incombenze assicurative avevano subito una notevole variazione; l'infortunato era tenuto a sottoporsi a tutte le cure medico-chirurgiche che potessero attenuare lo stato di incapacità lavorativa derivato dall'infortunio, oltreché di seguire e controllare gli esiti degli infortuni attraverso visite di revisione per tutto un decennio. Non vi è chi non veda, in questo caotico affastellarsi di formule via via più complesse, come la questione della valutazione del "danno" oculare sia emblematica dell'estrema difficoltà - cui i medici legali sono da





sempre chiamati a rispondere - di ricondurre l'infinita possibilità di variabili biologiche a numeri finiti per esigenze poste dal diritto.

Il ventesimo secolo, il D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e la tabella delle menomazioni ex d.lgs. 38/2000

Il XX Secolo fu segnato da importanti interventi Legislativi in ambito di assicurazione sociale.

Il Regio Decreto 17 agosto 1935, n.1765 "*Disposizioni per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali*", infatti, prevedeva finalmente un servizio assicurativo di carattere pubblicistico e autonomo rispetto le iniziative dei privati e apportando notevoli innovazioni in ambito assicurativo sociale (tra tutte la precedenza della tutela sanitaria rispetto al risarcimento economico con obbligo del lavoratore di sottoporsi alle cure e gli interventi chirurgici). L'allegato al Regolamento pubblicato con

il Regio Decreto 25 gennaio 1937, n. 200, pur aumentando il numero di voci per le invalidità permanenti parziali (per un totale di 55 voci) manteneva per "la perdita della facoltà visiva di un occhio" il valore percentualistico del 35%.

Se da un lato i parametri valutativi di cui alle tabelle del 1904 sono rimasti immutati per circa un secolo, dall'altro gli incessanti dibattiti della prima metà del '900 circa le difficoltà di approccio alla valutazione del danno oculare - di cui già si è fatto cenno - esigevano l'interesse del Legislatore.

Con il D.P.R. 1124 del 1965 "*Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*"¹⁶, pur

¹⁶ Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n.1124, disponibile a: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1965-10-13&atto.codiceRedazionale=065U1124

rimanendo intatti gli assiomi per cui la cecità totale era meritevole della valutazione del 100% e quella monocolare del 35%, le tabelle di Legge subivano un notevole ampliamento per quanto concerneva le menomazioni dell'apparato visivo.

A titolo di esempio, la *“perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi”*, cui veniva attribuita una percentuale del 40%, era figlia dell'impetuoso progresso scientifico di quegli anni (si pensi che in quel periodo la possibilità di applicazione di protesi oculari mobili era ormai diffusa; i primi esemplari risalivano, infatti, al 1930 circa grazie all'“Ocularistica Modugno”), la sezione relativa alle ulteriori menomazioni della funzione visiva era il tentativo di risposta alle complessità già finora emerse.

Veniva promulgata, inoltre, la *“Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva”*, una tabella che forniva una risposta ex lege all'annosa domanda relativa ai valori percentualistici da attribuire a deficit del visus binoculari e intermedi rispetto al 35% e 65%. Veniva altresì risolta la “disputa” sulla necessità di valutare il visus prima o dopo l'eventuale correzione dei disturbi di refrazione, su cui molto si era dibattuto in seguito all'emanazione del T.U. del 1935 (cfr. Girolamo Pesce, 1956); il D.P.R. 1124/1965 infatti prevede che *“La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale [...] nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente [...] viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione [...]”*. Veniva altresì proposta un'apposita tabella di riferimento per i casi di afachia monolaterale, nonché l'indicazione a una maggiorazione del 15% in caso di afachia bilaterale (dovuta al fatto che la correzione in tal caso è pressoché uguale nei due occhi e dunque ben tollerata).

Il D.P.R. offriva altresì risposta alle annose discussioni relative alle lavorazioni a maggior o minore ne-

cessità visiva. Circa la necessità di applicazione di un diverso coefficiente alle formule utilizzate per la quantificazione della riduzione dell'attitudine lavorative vi erano, invero, già state diverse proposte; già la legislazione tedesca del 1898 divideva i mestieri in due grandi classi, introducendo pertanto il concetto di *“visus professionale”*. Maurizi, al riguardo, nel 1912 evidenziava: *“Senonché occorre pur rilevare come, se volontà del legislatore nella nostra L.I. è quella di tener conto del lavoro specifico dell'operaio, a ciò provveda la presenza della cifra del salario nella formula per la liquidazione dell'indennità, mentre nulla può far ritenere che al perito medico sia richiesto un giudizio specifico anziché generico di capacità lavorativa”*. Con il D.P.R. 1124/1965 si procedeva a una prima “personalizzazione” del danno: non a caso, mentre per i settori dell'industria per perdite del visus pari a 5/10 veniva attribuita una percentuale di invalidità del 14%, per i lavoratori dell'agricoltura veniva attribuita una percentuale del 16%¹⁷.

Se per tutto il XX Secolo l'assioma di riferimento cecità bilaterale = invalidità assoluta è stato mantenuto, la rivoluzione del mondo del lavoro che ha accompagnato il secolo breve, in accordo alla rivoluzione introdotta dal concetto di “danno biologico” immesso dal d.lgs 38/2000, ha contribuito a modificare, per la prima volta dopo più di 100 anni, il concetto per il quale un uomo cieco fosse un “peso” per la società in virtù della sua incollocabilità o incapacità di produrre reddito.

Si pensi all'istituzione dell'albo dei centralinisti telefonici non vedenti istituito con la L. 594 del 1957, norma che obbligava Pubbliche Amministrazioni, Enti

¹⁷ *In realtà tali discrepanze a favore dell'uomo inteso quale agri cultor e all'intima relazione socio lavorativa e culturale tra l'uomo e il “podere” si evidenzia anche in altre voci menomative, quali ad esempio la milza (15 vs 16%), la sordità monolaterale (15 vs 20%) ecc. Si evidenzia, tuttavia, che ai sensi dell'art. 210 del TU per i lavoratori dell'agricoltura “deve considerarsi come inabilità permanente parziale la conseguenza di un infortunio, la quale diminuisca in misura superiore al quindici per cento e per tutta la vita l'attitudine al lavoro [...]”*

pubblici, Aziende statali e uffici privati all'assunzione di un "minorato della vista abilitato alle funzioni di centralinista" per ogni ufficio, sede o stabilimento dotato di centralino telefonico, o alle analoghe misure per i massaggiatori e massofisioterapisti non vedenti introdotte con le L. 686 del 1961 e 403 del 1970.

E ancora, si pensi all'enorme espansione dei *call center* degli anni '90, all'evoluzione delle macchine da scrivere braille fino ad arrivare agli attuali strumenti accomodativi per le persone ipovedenti che ne consentono, a differenza del passato, l'impegno e l'impiego lavorativo nei campi più disparati.

Di fatto, l'evoluzione socioculturale, economica e dottrina ha portato allo sviluppo di differenti barèmes valutativi nel corso del ventesimo secolo, tra i quali spiccano le tabelle della c.d. pensionistica privilegiata (o di guerra), le tabelle dell'invalidità civile, le tabelle delle assicurazioni private nonché, ovviamente, la c.d. tabella delle menomazioni.

La tabella delle menomazioni e il danno biologico

Sulla spinta dei numerosi inviti della Corte costituzionale (cfr. Sentenza n.87, 356 e 485 del 1991), il Legislatore è robustamente intervenuto all'inizio del nuovo millennio nel riformare l'assicurazione sociale¹⁸. Il d.lgs 38/2000, dopo aver definito – ai fini dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali – il danno biologico come "la lesione dell'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico-legale, della persona" (apportando non poca chiarezza anche a livello terminologico; dal 1898, infatti, i termini invalidità, riduzione dell'attitudine lavorativa, inabilità e danno erano stati usati in maniera indiscriminata e confusionaria soventemente per indicare lo stesso oggetto di tutela - esempi-

ficativo è che anche nel T.U. del 1965 si usavano in maniera alternativa e indiscriminata i termini "attitudine al lavoro" e "capacità lavorativa") ha introdotto la cosiddetta "tabella delle menomazioni" approvata con conseguente D.M. del 12 luglio 2000.

Tale tabella può essere considerata – specie per quanto riguarda le menomazioni oculari - il punto di arrivo della rivoluzione socioculturale del XX secolo. Non è infatti un caso, che per la prima volta in oltre un secolo, venisse meno l'assioma della cecità assoluta = 100% con la voce n. 368 "Cecità assoluta bilaterale - 85%". Conseguentemente, venivano rivalutati al ribasso anche i valori della cecità assoluta monolaterale (a cui veniva attribuita una percentuale di danno biologico del 28%) nonché la tabella delle menomazioni binoculari (di seguito riportata).

Si sottolinea che il rimaneggiamento del valore delle menomazioni oculari sia del tutto coerente, sulla spinta dello stesso "spirito guida" caratterizzato in maniera preponderante dalla variazione dell'oggetto di tutela nel "bene salute" e non più nella capacità di lavoro, con quello di diverse voci menomative. Emblematico in tal senso è il valore della paraplegia "assoluta" (ovverosia con disautonomia motoria del tronco, degli arti inferiori con anche danno genito-urinario), che a mente dell'art. 76 del T.U. 1124/1965 era causa di invalidità permanente e assoluta (100%) e a cui viene attribuita, nella tabella delle menomazioni ex d.lgs 38/2000, il valore dell'85%.

Se, ovviamente, il binomio *visus* - valore del danno oculistico non poteva essere superato, negli allegati alla tabella veniva prevista altresì la possibilità di dissociazioni tra l'incapacità visiva per lontano e quella per vicino (essendo il danno finale la media del danno "per lontano" e "per vicino"). Era rimarcato, inoltre, il superamento dell'equivalenza perdita funzionale = perdita anatomica; le voci 381, 382 e 383 (rispettivamente "Enucleazione o atrofia del bulbo oculare con possibilità di protesi estetica - 28%", "Enucleazione o atrofia del bulbo oculare, senza possibilità di protesi

¹⁸ Oltre che nell'oggetto della tutela ulteriori elementi di novità possono ricondursi all'ambito di applicazione dell'assicurazione nonché alla disposizioni in materia di prestazioni per gli assicurati (si pensi alla disciplina della rettifica per errore, all'aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali, all'infortunio in itinere o alle rivalutazioni delle rendite.

estetica - 35%” ed “*Eucleazione di entrambi i bulbi oculari senza possibilità di protesi estetica - Fino a 90%*”), infatti, non solo rimarcano tale concetto, ma lasciano altresì al medico legale margine nella valutazione sincretica delle menomazioni più gravi (per l'appunto l'anoftalmia bilaterale non protesizzabile). Il d.lgs 38/2000 consentiva - con l'introduzione del concetto di danno biologico - di superare ogni qualsivoglia difficoltà valutativa legata al cosiddetto “*visus professionale*” su cui tanto si era detto e scritto, specie all'inizio del secolo e in tema di assicurazione sociale. Per la prima volta, inoltre, veniva riconosciuto il danno riconducibile alla necessità di applicazione di protesi “Voce 387, Correzione con lenti, a seconda del potere refrattivo - Fino a 3%”¹⁹. La precedente indicazione contenuta nell'allegato al T.U. del 1965 “[...] 3. *Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione [...]*” non consentiva infatti l'attribuzione di una quota di danno per i lavoratori i quali, in seguito a infortunio o malattia professionale, avessero avuto necessità di utilizzare lenti correttive con le quali il *visus* risultasse di 10/10.

Conclusioni

Ad oggi, **la valutazione del danno biologico si basa preminentemente sull'acuità visiva** (con *visus* da lontano e da vicino), **sull'eventuale afachia** (e i suoi riverberi sulla capacità accomodativa), **sui deficit del campo visivo** (valutati almeno attraverso 3 campi visivi, uno per ogni occhio e uno binoculare), **sulla presenza di diplopia, sulla capacità di lettura, nonché a tutti gli altri deficit della visione di natu-**

¹⁹ Tale voce sarà poi ripresa anche dalla c.d. “Tabella delle micropermanenti” ex Decreto del Ministero della salute 3 luglio 2003 - Necessità di fare uso di lenti correttive $\leq 3\%$. Appare opportuno sottolineare che le suddette tabelle di Legge, in relazione alla loro area di intervento (menomazioni comprese tra lo 0 e il 9% di danno biologico) non contengono ulteriori riferimenti alla valutazione delle menomazioni oculari.

ra qualitative (astenopia, capacità accomodativa e di adattamento, alterazioni del senso cromatico, del contrasto e la presenza di miodesopsie). Così, come avviene in ambito INAIL, viene data altresì importanza alla funzione estetica, con la condivisa indicazione a effettuare una valutazione globale dei disestesismi in caso di anoftalmia mono o bilaterale e dell'eventuale emendabilità protesica²⁰.

Gli oltre 100 anni di storia ripercorsa, congiuntamente alla numerosità delle voci tabellari che chi si occupa di valutazione del danno oculare nei vari ambiti si trova di fronte, impone delle riflessioni.

La valutazione delle menomazioni oculari è una valutazione complessa, figlia dell'incessante cambiamento delle condizioni in cui questa avviene, quali l'età d'insorgenza, la conseguente possibilità di riadattamento (nel mondo lavorativo e non) e l'oggetto della tutela (capacità lavorativa generica, ultragenerica, specifica, ultraspecifica e danno biologico).

L'assicurazione sociale, nelle sue varie forme, è sempre stata la guida per il corretto inquadramento “numerico” di suddette menomazioni, così come l'ambito dell'infortunistica oculare, per la peculiarità dell'organo del senso della vista, hanno influenzato politiche, dottrina e impostazioni metodologiche.

In una società capace di fornire ausili e possibilità di adattamento sia nell'ambito lavorativo che quello extra-lavorativo, ma fortemente basata sull'immagine (di sé e di ciò che ci circonda) è possibile considerare, a quasi 25 anni dall'emanazione della tabella delle menomazioni, **come gli attuali barème di riferimento appaiono non più attuali, sia per taluni aspetti di inquadramento diagnostico, sia per la quantificazione delle menomazioni a carico dell'apparato visivo che necessiterebbero di un adeguamento percentualistico del 'valore' del danno alla salute.**

²⁰ SIMLA. Linee Guida Per La Valutazione Del Danno Alla Persona In Ambito Civile. Giuffrè Editore, 2016.

Federico Marmo, specialista in Oftalmologia ed in Igiene e Medicina Preventiva

Ester Piegari, specialista in Medicina Legale, ASL Napoli 1 Centro

Filippo Cruciani, specialista in clinica oculistica, componente Comitato Tecnico Ministeriale Prevenzione Cecità

Idoneità visiva: analisi e criticità di alcune norme

Un'analisi critica dei requisiti visivi per l'idoneità a svolgere attività regolamentate, con un focus sulle problematiche interpretative e le implicazioni legali per chi è chiamato a certificarli

Abstract: Dopo una sommaria descrizione del concetto di idoneità, vengono analizzati i requisiti visivi previsti dalle norme per l'idoneità al servizio militare, alla guida di autoveicoli, alla patente nautica, al porto d'armi e all'iscrizione nelle matricole della gente di mare. Dall'esame di tali requisiti emergono criticità ed incertezze interpretative ed applicative, che vengono evidenziate e commentate. La loro conoscenza e l'attenta valutazione è importante ai fini di non incorrere in contenziosi.

After a brief description of the concept of suitability, the visual requirements provided by the regulations for suitability for military service, driving motor vehicles, nautical license, gun carrying, and registration in the seafarers' registers are analyzed. From the examination of these requirements, critical issues and interpretative and applicative uncertainties emerge, which are highlighted and commented on. Their knowledge and careful evaluation is important in order not to incur disputes.

Key Words: suitability, visual requirements, italian laws

Introduzione: il concetto di idoneità

L'idoneità si può genericamente definire come una condizione, uno stato o una caratteristica (morfo-strutturale e/o funzionale) che qualsiasi "risorsa", impiegata per raggiungere uno scopo, deve avere per essere giudicata adatta, adeguata o qualificata. In qualsiasi contesto e indipendentemente dallo scopo, il giudizio d'idoneità sostanzialmente persegue due obiettivi: l'**efficienza/efficacia** e la **sicurezza dell'azione/funzione da svolgere**. Nel concetto di sicurezza rientra anche la valutazione dell'effetto usurante ovvero del logoramento che la "risorsa" può subire nel tempo a causa dell'attività svolta.

In moltissime attività umane (lavorative, sportive, ludico-ricreative, etc.) sono previsti **specifici requisiti psico-fisici** che le "risorse umane" devono possedere affinché ogni attività sia svolta in maniera proficua, produttiva e soprattutto sicura (ossia senza danno per chi svolge l'azione e per il contesto/collettività in cui l'azione è svolta).

In linea di principio, per qualsiasi attività il *pattern* dei requisiti anatomo-funzionali dovrebbe essere quanto più commisurato al reale "fabbisogno" e, pertanto, dovrebbe essere sempre fondato su oggettive specifiche valutazioni ergonomiche piuttosto che su generici principi e concetti di efficienza fisica. Si dovrebbero altresì definire gli specifici deficit psico-fisici che potrebbero controindicare o limitare lo svolgimento di una determinata attività, valutando, possibilmente su "evidenze", il probabile reale impedimento (più che gli ipotetici "possibili" rischi).

La valutazione dell'idoneità ha una doppia valenza:

1. **medico-legale** per le implicazioni giuridiche ed amministrative (in quanto condizionante diritti da fruire o doveri da osservare);
2. **medico-preventiva** in quanto non solo è una misura atta ad evitare possibili danni alla salute direttamente derivabili dall'attività da svolgere, ma funge altresì da strumento di prevenzione secondaria nell'individuazione di malattie allo stato silente.

Obiettivi

Con il presente lavoro si vuole:

1. **passare in rassegna le normative principali vigenti per l'idoneità visiva in alcuni settori dell'attività umana**, che ogni medico – generico o specialista – deve conoscere nello svolgimento della professione, non solo se chiamato a dare informazioni, ma soprattutto se deve certificare requisiti psico-fisici direttamente o su richiesta del medico certificatore;
2. **evidenziare le numerose criticità** (e anche contraddizioni) che tali normative presentano e i rischi di contenzioso che nascondono.

Le normative

Di seguito sono riportate, limitatamente agli aspetti più significativi ai fini di un'analisi critica, le normative che meritano particolare attenzione sia perché prevedono valutazioni più ampie e approfondite dell'apparato visivo, sia perché interessano un gran numero di persone: servizio militare, guida autoveicoli, porto d'armi, patente nautica e iscrizione nelle matricole della gente di mare¹.

Arruolamento nelle Forze Armate

La normativa che definisce i requisiti psico-fisici per l'arruolamento nelle Forze Armate italiane è forse in assoluto la più articolata, particolareggiata (e complessa), per la cui applicazione (non semplice e non esente da contestazioni) si richiedono competenze specifiche. Essa è composta da:

- a) un **"Elenco"**, alquanto dettagliato, in cui sono indicate, per ciascun organo ed apparato, le "imperfezioni e infermità che", per gravità o rilevanza, "sono causa di non idoneità al servizio militare", in maniera assoluta e permanente [1];
- b) due **"Direttive"**, delle quali una, cosiddetta "applicativa" dell'Elenco, che appunto specifica le modalità di applicazione dello stesso, mentre l'altra contiene i criteri per delineare il "profilo sanitario" dei soggetti giudicati idonei al servizio militare [2].

¹ Per tutte queste attività l'accertamento e la certificazione dei requisiti è competenza di medici (o di organi collegiali) appartenenti alla Pubblica Amministrazione.

Per quanto attiene all'Oftalmologia, l'Elenco prescrive che sono **causa di inidoneità**, le "imperfezioni e le infermità" di ciascun distretto anatomico dell'apparato visivo (orbita, bulbo, annessi etc.), qualificabili come "gravi" o "rilevanti" in senso anatomico o funzionale (ai fini del servizio militare), e "i vizi di rifrazione che, corretti, comportano un visus inferiore agli 8/10 complessivi o inferiore ai 2/10 in un occhio". Nella "Direttiva" applicativa vengono indicate alcune specifiche patologie di più frequente riscontro (per talune di esse vengono anche specificate le tecniche diagnostiche da impiegare): è interessante notare che tra queste sono compresi "il cheratocono di qualsiasi grado" e "le degenerazioni vitroretiniche regmatogene, anche se già sottoposte a specifico trattamento". Per quanto attiene al "Profilo Sanitario", la relativa "Direttiva" dispone che l'apparato visivo è da valutare (con coefficienti dall'1 al 4, come tutti gli altri apparati) sotto due aspetti, rispettivamente "funzionale" come "Funzione Visiva (VS)", ed "organico" come "Apparati Vari- Apparato Oculare (AV-OC)". Si noti che la Direttiva menziona specificamente "gli esiti di trattamento LASIK e gli esiti di **fotokeratoablazione**", per i quali prevede il **coefficiente 2** se "senza disturbi funzionali e con integrità del fondo oculare", oppure il **coefficiente 3-4** se "con modesti disturbi funzionali"; viene altresì specificata la "**cheratotomia**", per la quale è previsto il **coefficiente 3-4**.

Guida degli autoveicoli

Un'altra normativa alquanto articolata e dettagliata nel suo complesso e in particolare per quanto attiene ai requisiti visivi e alle relative tecniche di accertamento, è quella relativa alla guida degli autoveicoli [3] che, oltre all'esame del visus e della visione periferica, prevede la valutazione di altre "funzioni visive" (sensibilità al contrasto, visione crepuscolare, sensibilità all'abbagliamento e tempo di recupero dopo abbagliamento), indicando, in un'apposita circolare del **Ministero della Salute**, per ciascun test, i materiali, le condizioni di illuminazione ambientale e le specifiche procedure (semplificate) per consentire al medico "monocratico" preposto alla certificazione (medici delle Asl, militari e altri, definiti monocratici perché giudicano da soli) una "rapida individuazione dei soggetti affetti da patologie dell'apparato visivo che necessitano di ulteriori accertamenti specialistici".

Sono definiti due diversi livelli di idoneità (gruppo 1 e 2)², per i quali i principali requisiti previsti sono:

- a) per il **gruppo 1**, un'acutezza visiva complessiva di 7/10, con almeno 2/10 nell'occhio peggiore, campo visivo binoculare non inferiore ai 120° sul piano orizzontale, sensibilità al contrasto non inferiore al valore logaritmico di 1,20 (pari a una soglia di contrasto del 6%), visione crepuscolare con acuità visiva binoculare di almeno 1/10, sensibilità all'abbagliamento con capacità di lettura in visione binoculare di almeno 1/10 nel tempo massimo di un minuto, recupero dopo abbagliamento acuità visiva di 2/10, almeno in un occhio, in un tempo inferiore ai 60 sec.;
- b) per il **gruppo 2**, un'acuità visiva complessiva di almeno 12/10 con non meno di 4/10 nell'occhio peggiore, campo visivo binoculare non inferiore ai 160° sul piano orizzontale, sensibilità al contrasto non inferiore al valore logaritmico di 1,50 (pari ad una soglia di contrasto del 3% circa), visione crepuscolare con acuità visiva binoculare di almeno 2/10, sensibilità all'abbagliamento con capacità di lettura in visione binoculare di almeno 2/10 entro il tempo massimo di un minuto, recupero dopo abbagliamento acuità visiva di 4/10, almeno in un occhio, in un tempo inferiore ai 30 secondi. (Per l'intera gamma di requisiti si veda il testo integrale della norma).

Per il gruppo 1, se “uno o più requisiti non sono presenti” oppure viene “rilevata o dichiarata una malattia degli occhi progressiva” il giudizio viene demandato alla **Commissione medica locale** che, previa consulenza di un oculista, valuta se la patente può essere rilasciata o rinnovata. Per il gruppo 2 la stessa norma mentre inizialmente afferma che “la patente di guida non deve essere rilasciata o rinnovata” in presenza di “significative alterazioni” delle suddette funzioni visive o di diplopia, immediatamente dopo, però, prevede (in forma un po' contorta) che “a seguito della perdita della visione da un occhio o di gravi alterazioni delle altre funzioni visive che permettevano l'idoneità alla guida o di insorgenza di diplopia” debba essere prescritto un periodo di “adatta-

mento” di almeno sei mesi al termine del quale la Commissione medica locale, previo il parere di un oculista, potrebbe concedere l'idoneità [4].

Patente nautica

Interessante per la sua (relativa) complessità è anche la norma che definisce i requisiti visivi per la patente nautica [5]. Per il conseguimento o la convalida delle patenti nautiche, “in caso di visione binoculare” (per i monocli sono previsti specifici requisiti) è necessaria un'acutezza visiva complessiva non inferiore a 10/10, con visus non inferiore a 4/10 nell'occhio peggiore, “raggiungibile anche con correzione con lenti a contatto di qualsiasi valore diottrico o con correzione di occhiali purché, in caso di visus corretto per vizio miopico da un occhio ed ipermetropico dall'altro, la differenza di rifrazione in equivalente sferico tra le due lenti negativa e positiva non sia superiore a tre diottrie”; è previsto altresì un campo visivo normale, una sensibilità cromatica sufficiente a distinguere (rapidamente e con sicurezza) i colori fondamentali ed un'acuità visiva crepuscolare di almeno 1/10. “Il visus raggiunto dopo l'impianto di lenti artificiali endoculari, fache o pseudofache, deve essere considerato come visus naturale”. Le patenti nautiche non sono rilasciate né convalidate a soggetti con “un campo visivo ridotto” o con “uno scotoma centrale o paracentrale” o con diplopia. “Per i soggetti ultra sessantenni, o diabetici, o affetti da glaucoma o da neurootticopatie, o da cheratopatie, o da malattie degenerative corio-retiniche, deve essere accertata la sensibilità al contrasto spaziale, che almeno in un occhio deve essere tale da raggiungere una soglia di contrasto del 6%”.

Porto d'armi

Suscita un certo interesse la norma sull'idoneità al porto d'armi [6], che può generare controversie in ragione della diversità di opinioni in merito alla diffusione delle armi da fuoco. Per il rilascio e il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per la caccia e al porto d'armi per il tiro al volo si richiede “acutezza visiva non inferiore a 8/10 per l'occhio che vede meglio, raggiungibile con lenti sferiche o cilindriche positive o negative di qualsiasi valore diottrico; l'acutezza visiva può essere raggiunta anche con l'adozione di lenti a contatto, anche associate a occhiali” e senso cro-

² Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie AM, A, A1, A2, B1, B, e BE.

Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E e titolari di certificato di abilitazione professionale di tipo KA e KB



matico sufficiente per la percezione dei colori fondamentali (al test delle matassine colorate).

Per il rilascio e il rinnovo dell'autorizzazione al porto d'armi per difesa personale, è richiesto un "visus naturale minimo: 1/10 per ciascun occhio" e un "visus corretto: 10/10 complessivi" raggiungibile con correzione che non può superare precisi limiti diottrici³, e senso cromatico sufficiente per la percezione dei colori fondamentali (al test delle matassine colorate).

Iscrizione e revisione dell'iscrizione nelle matricole

Infine diamo un rapido sguardo alle norme [7] che stabiliscono i requisiti visivi, rispettivamente, per l'iscrizione e per la revisione dell'iscrizione nelle matricole⁴ della gente di mare⁵ (di prima categoria [8]). Per l'iscrizione, il **personale di coperta** deve avere un **visus naturale** non inferiore a **14/10** complessivi, con almeno **5/10** nell'occhio peggiore e un **visus corretto** di **10/10** in ciascun occhio con l'uso di lenti ben tollerate, mentre per l'**altro personale di bordo** è richiesto solo un **visus naturale** non inferiore a **8/10** complessivi, con meno di **3/10** per l'occhio peggiore.

Per entrambe le tipologie di personale sono causa di inidoneità, oltre alla mancanza o l'atrofia manifesta di un globo oculare, le

gravi discromatopsie, le alterazioni palpebrali, ciliari, delle ghiandole, delle vie lacrimali quando sono causa di rilevanti disturbi funzionali e l'emeralopia.

Per la revisione dell'idoneità degli iscritti nella matricola, la Legge prevede per il **personale di coperta** visus naturale non inferiore ai **12/10** complessivi, con non meno di **4/10** per l'occhio peggiore ed il visus corretto di **10/10** in ciascun occhio con l'uso di lenti ben tollerate; per **altro personale di bordo** visus naturale non inferiore a **6/10** complessivi, con non meno di **2/10** per l'occhio peggiore.

Per entrambe le tipologie di personale, in sede di revisione sono altresì causa di non idoneità (temporanea o definitiva) "il tracoma in fase contagiosa, le congiuntiviti croniche notevolmente secernenti, limitatamente al periodo in cui si mantengono simili caratteristiche. Le affezioni croniche evolutive dell'occhio che si presumano condurre inevitabilmente alla incapacità di lavoro, nonché quelle facilmente recidivanti e tali da produrre discontinuità nelle prestazioni" e "i difetti del campo visivo anche monoculari che riducano sensibilmente la visione".

Discussione e considerazioni

L'uomo assume fino all'80% di tutte le informazioni attraverso il senso della vista che pertanto è il principale mezzo per percepire ed interpretare il mondo circostante, per orientarsi e muoversi nello spazio, per relazionarsi con gli altri, per apprendere etc.; è pertanto ovvio che per qualsiasi tipo di attività siano previsti specifici requisiti visivi.

Da sempre, da quando, cioè, si cercò di quantificare le variabili della funzione visiva (seconda metà dell'800 ad opera di Donders e Snellen), si è data sempre la massima importanza alla **visione**

3 "È ammessa correzione con lenti sferiche positive fino a 5 diottrie e negative fino a 10 diottrie; l'eventuale differenza tra gli occhi non deve essere superiore a 3 diottrie per l'ipermetropia e a 5 diottrie per la miopia. Per quanto concerne la correzione dell'astigmatismo, non sono ammessi vizi di refrazione superiori alle 3 diottrie per l'astigmatismo miopico, alle 2 diottrie per l'astigmatismo ipermetropico e alle 4 diottrie per l'astigmatismo misto".

4 Il termine indica "ognuno dei registri nei quali sono iscritti gli appartenenti a speciali categorie, ordinati secondo un numero progressivo (numero di matricola), o anche alfabeticamente: m. della gente di mare, della gente dell'aria; m. degli studenti universitari; libretto di matricola". (Treccani)

5 Per "gente di mare" si intende il personale che lavora a bordo di navi della marina mercantile italiana.

centrale (visus o acutezza visiva), trascurando le altre. Nella pratica corrente si fa spesso coincidere – molto impropriamente – la visione con l'**acutezza visiva**, la cui determinazione avviene attraverso un test psicofisico che presuppone la piena collaborazione del paziente e che presenta scarsi criteri di attendibilità e riproducibilità. Ancora oggi il test viene eseguito con le stesse modalità di quando fu proposto meno di due secoli fa.

La ricerca scientifica e la riabilitazione visiva hanno recentemente cercato una rivisitazione della quantificazione del visus, imponendo l'utilizzo delle tavole optometriche a progressione geometrica, che garantiscono una maggiore rispondenza ai limiti precisi imposti dalla normativa. Purtroppo, nella pratica medico legale si continuano ad utilizzare le tavole di Snellen a progressione aritmetica che danno risultati molto più grossolani. Tutto questo, associato al rischio di simulazione da parte del paziente, è stato alla base di tanti contenziosi e di indagini lunghe e costose da parte della autorità giudiziaria (v. falsi ciechi). Sarebbe opportuno, anche se le normative vigenti non lo stabiliscono, che nella pratica medico legale si abbandonassero le tavole di Snellen e si utilizzassero esclusivamente quelle a progressione geometrica [9]. Per quanto riguarda l'altra variabile fondamentale della funzione visiva, e cioè il **campo visivo**, va segnalata la scarsa attenzione che normalmente gli viene riservata nella valutazione dei requisiti visivi nella pratica medico legale. Allo stato attuale si utilizzano solo i **perimetri computerizzati**. La quantificazione del deficit può essere fatta in percentuale, come previsto dalla Legge 138/2001 [10] per l'invalidità civile o in gradi. Comunque, una metodica di screening semplice, come l'**Esterman binoculare** 120 punti, può essere facilmente richiesta e realizzata senza grande impegno da parte del paziente [11].

A questo punto passiamo in rassegna le **criticità che la normativa presenta** nei settori presi in considerazione.

La normativa per la **valutazione dell'idoneità al servizio militare** è forse in assoluto la più articolata, particolareggiata (e complessa), per la cui applicazione (non semplice e non esente da contestazioni) si richiedono competenze specifiche; peraltro l'applicazione di tale norma nell'attuale condizione di sospensione della Leva e di reclutamento per concorso di soli "volontari" (Forze Armate professionali), è resa ancora più complessa dal fatto che essa, nel suo dettato integrale, è destinata primariamente "agli iscritti di

leva e ai militari di truppa" e "costituisce, invece, solo una guida di orientamento per gli ufficiali, i sottufficiali e i militari di carriera", mentre "per l'arruolamento volontario l'idoneità deve essere vagliata con criteri di maggiore rigore in considerazione delle più impegnative prestazioni richieste dal servizio continuativo" (vedi "Avvertenze generali").

Attualmente per l'arruolamento nelle Forze Armate, ai soggetti risultati esenti da tutte le infermità e le imperfezioni causa di non idoneità al Servizio Militare, previste dall'Elenco, viene contestualmente attribuito un "Profilo Sanitario" in base alle specifiche condizioni dei vari organi ed apparati, classificati in quattro livelli di efficienza crescente, dal coefficiente 4 al coefficiente 1: i coefficienti 1 o 2 vengono attribuiti in assenza di patologie ovvero in presenza di alterazioni non rilevanti per l'espletamento del servizio militare⁶, mentre i coefficienti 3 o 4 vengono attribuiti in presenza di alterazioni aventi scarsa incidenza e che quindi possono consentire di assolvere il servizio militare⁷.

Si evidenzia che, per quanto riguarda l'apparato visivo, la norma, pur essendo nel suo complesso estremamente dettagliata, presenta qualche difficoltà applicativa soprattutto nella valutazione di talune specifiche **condizioni post-chirurgiche** conseguenti ad interventi di più o meno recente introduzione. Per esempio, mentre gli esiti di fotocheratoablazione o cheratotomia fotorefrattiva (**Photo Refractive Keratectomy, PRK**) e di cheratomileusi laser assistita in situ (**Laser-Assisted In situ Keratomileusis, LASIK**), sono specificamente indicati e classificati (in assenza di "disturbi funzionali e con integrità del fondo oculare") con coefficiente 2, la "**small incision lenticule extraction**" (**SMILE**) non è menzionata (per prassi, le viene in genere at-

6 I coefficienti 1 e 2 individuano il grado di validità richiesto, in generale, per l'arruolamento volontario, unica forma di coscrizione attualmente vigente in Italia, dopo la sospensione del Servizio Militare di Leva avvenuta nel 2004. I coefficienti 3 e 4 consentono di svolgere il servizio militare volontario ove previsto da disposizioni speciali e deroghe previste da ogni Forza Armata.

7 In pratica si delineano due livelli di idoneità al servizio militare: a) un'idoneità corrispondente ai coefficienti 3 e 4 (indicata dalla norma come fascia "B"), che si potrebbe denominare basica o generica, che definisce le condizioni psico-fisiche minime per poter "vivere" nel mondo militare, svolgere le attività tipiche della vita militare e sostenere i disagi e le asprezze ad essa connessi; b) un'idoneità corrispondente ai coefficienti 1 e 2 (indicata dalla norma come fascia "A") che si potrebbe denominare "specificata", che consente l'attribuzione a categorie, ruoli, compiti, funzioni, specialità etc. delle Forze Armate che richiedono specifici livelli di efficienza psico-fisica.

tribuito un coefficiente 2 per “analogia” con i precedenti due interventi [12]).

Sono altresì motivo di incertezza valutativa, in quanto non esplicitamente indicati, anche gli impianti di anelli intrastromali corneali e di IOLs (*intraocular lenses*) sia pseudofachiche che fachiche (sia in camera anteriore che posteriore): nella pratica corrente, forse per un eccesso di cautela, vengono assimilati per analogia alle protesi funzionali e come tali giudicati inabilitanti; sommessamente, però, osserviamo che in una visione più adeguata all’attuale “stato dell’arte”, sia per gli anelli intra stromali che per le IOL fachiche/pseudofachiche, in assenza di collaterali deficit o alterazioni, si potrebbe prevedere un giudizio di idoneità (con un coefficiente 3-4).

Tra le cause di non idoneità viene specificamente indicato “**il cheratocono di qualsiasi grado**”: anche per tale patologia sarebbe auspicabile un giudizio più differenziato, per esempio accettando (con un coefficiente 3-4) almeno le forme trattate con *cross linking* che siano esenti da alterazioni della trasparenza corneale, che non superino eventuali limiti cheratometrici e pachimetrici e dopo un congruo periodo di stabilizzazione. Appare altresì non adeguato il giudizio di non idoneità previsto per “**le degenerazioni vitreo-retiniche regmatogene**, anche se già sottoposte a specifico trattamento”: sarebbe auspicabile rendere accettabili (perfino con un coefficiente 2) almeno i trattamenti retinopessici con laser di singole delimitate lesioni (per esempio, un singolo foro retinico), ovviamente in assenza di concomitanti alterazioni/fragilità vitreo-retiniche. Infine, suscita qualche perplessità l’indicazione della “**cheratotomia**”, così citata senza ulteriori specificazioni, che appare tra le condizioni cui va attribuito il coefficiente 4.

Non è chiaro se siffatta indicazione intenda evidenziare che l’incisione della cornea, in assenza di altre lesioni concomitanti e a prescindere dalle cause che l’hanno determinata, comporti solo un profilo basso e non l’inidoneità, o se, più verosimilmente, si tratti di un refuso, nel quale è stato omesso l’aggettivo “**radiale**” che avrebbe reso l’espressione così composta (**cheratotomia radiale**) più chiara, comprensibile e pertinente.

Osserviamo marginalmente che nelle Direttive tecniche è riportato che sono causa di inidoneità “**i vizi di refrazione che, corretti, comportano un visus inferiore ai 10/10 complessivi o inferiore ai 2/10 in un occhio**” mentre l’Elenco prevede un visus complessivo

di **8/10**, e “**le anisometropie in cui la differenza tra i meridiani più ametropi dei due occhi superi le 4 diottrie**” mentre l’Elenco prevede **5 diottrie**. Sarebbe auspicabile una revisione della Normativa che corregga questo (e altri) *lapsus calami* del Legislatore e che, contestualmente, la renda nel suo complesso più snella e più rispondente alle attuali esigenze.

L’attuale normativa sull’*idoneità visiva alla guida di autoveicoli* appare come una delle più “garantiste”, in quanto prevede l’**esecuzione di test** che esplorano in maniera diretta e specifica una gamma di funzioni visive (sensibilità al contrasto, visione crepuscolare, sensibilità all’abbagliamento e tempo di recupero dopo abbagliamento) che certamente possono condizionare l’abilità e la sicurezza nella guida, soprattutto in determinate condizioni di luminosità [13]. Si osserva, però, che un deficit di tali funzioni ben difficilmente si presenta come fenomeno “primario” ma è normalmente “secondario” a definite patologie sistemiche od oculari o a determinate condizioni psico-fisiche (per es., l’invecchiamento), in assenza delle quali i relativi test di esame non trovano indicazione; di fatto, essi non vengono eseguiti di prassi nell’attività clinico-diagnostica oftalmologica routinaria né vengono usati in alcuna attività di screening oftalmologici. Pertanto, l’obbligo *erga omnes* di verifica di queste funzioni appare **scientificamente ingiustificato**, e quindi inappropriato, antieconomico e disfunzionale; sarebbe stato corretto limitare tali test ai soli soggetti con patologie/condizioni predisponenti⁸. Peraltro, nonostante siano stati semplificati per renderli di più facile applicazione, mantengono un’intrinseca complessità e richiedono comunque adeguate competenze ed esperienza. Inoltre, le norme per l’idoneità alla guida prevedono anche la rilevazione e la valutazione di molti altri aspetti anatomo-funzionali oculari (ametropie e relativa correzione, visione binoculare, visione periferica, malattie oculari progressive rilevate o dichiarate, etc.).

Un tale “protocollo” clinico-strumentale, di livello decisamente specialistico, è normalmente svolto dai medici⁹ certificatori “**mo-**

8 Per la patente nautica (vedi il testo a seguire), per la sensibilità al contrasto, il Legislatore è stato più preciso.

9 Sono abilitati alla visita per il rilascio ed il rinnovo della patente i medici dell’A.S.L. territorialmente competente, dei Servizi di base del distretto sanitario, dei Servizi sanitari delle Ferrovie dello Stato, delle Forze Armate, del Ministero della Sanità, della Polizia di Stato, del Corpo nazionale Vigili del fuoco, del Ministero del lavoro e della previdenza sociale

“nocratici” e non da specialisti in oculistica il cui intervento è previsto solo in taluni casi [14]. La condivisibile ed encomiabile intenzione del Legislatore di conseguire una maggior sicurezza stradale mediante una più ampia valutazione (anche se con criteri non del tutto “appropriati”) della funzionalità visiva, avrebbe comunque avuto migliori risultati se tale valutazione fosse stata affidata ad un oculista: in tal modo, non solo i medici “monocratici” sarebbero stati sollevati da responsabilità che spesso sopravanzano le loro effettive competenze professionali, ma si sarebbe altresì garantita una **maggiore efficacia dello screening** ai fini sia della sicurezza stradale sia della prevenzione (primaria e secondaria) delle malattie dell’apparato visivo.

Per quanto attiene alla normativa per il *conseguimento o la convalida della patente nautica*, osserviamo preliminarmente che, pur avendo il vigente Decreto 2 agosto 2016, n. 182 del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti modificato in senso meno restrittivo taluni requisiti visivi previsti dal precedente Regolamento di attuazione (D.M. 29 luglio 2008, n. 146) del Codice della nautica da diporto, la norma nel suo complesso appare sostanzialmente adeguata per garantire l’idoneità psico-fisica per il necessario livello di sicurezza nella circolazione marittima.

Anche per la nautica, come per la patente di guida, l’accertamento dei requisiti visivi può essere svolto dai medici “monocratici” [15] senza alcun obbligo di “parere di un medico specialista in oculistica” (espressamente previsto solo per le malattie oculari evolutive in grado di indurre o aggravare danni funzionali, per le quali è necessario il giudizio da parte della Commissione Medica Locale).

Si osserva che la norma pone espressamente un limite alla correzione con gli occhiali delle sole **antimetropie** (condizione in cui un occhio è miope e l’altro ipermetrope), per le quali la differenza tra le due lenti non può superare le tre diottrie (in equivalente sferico), dovendosi pertanto intendere che non c’è limite alla differenza di lenti tra i due occhi nella correzione delle **anisometropie**. È il caso di evidenziare la perentoria prescrizione dell’assoluta integrità della visione laterale, avendo prima previsto, tra i requisiti, il “campo visivo normale” e successivamente specificato che sono motivo di esclusione dal rilascio e dal rinnovo il “campo visivo ridotto” e gli scotomi centrali e paracentrali (indipendentemente dalla loro estensione e profondità).

Infine è interessante notare come questa norma, con un giusto

criterio clinico-epidemiologico e medico-legale, **restringa la verifica della sensibilità al contrasto a determinate categorie di soggetti** in particolari condizioni nelle quali una riduzione della sensibilità al contrasto potrebbe concretamente verificarsi (come danno secondario a una specifica patologia sistemica o oculare oppure come semplice fenomeno legato all’invecchiamento), di cui peraltro il soggetto potrebbe non essere consapevole, dovendosi in pratica considerare improbabile l’evenienza che un tale deficit si possa manifestare come disturbo primario al di fuori di qualsiasi condizione predisponente; a confronto, appare molto meno giustificata la norma sul rilascio o rinnovo di patente di guida che invece prevede la verifica di tale funzione visiva (e di tutte le altre funzioni visive) incondizionatamente in tutti i candidati, anche in coloro nei quali, non essendo rilevabile alcuna condizione predisponente, si possa fondatamente presumere una normale sensibilità al contrasto. Per ultimo, ma la questione non è di trascurabile importanza, rileviamo che questa Legge, come tante altre in materia di requisiti visivi, **non specifica né i materiali né le metodiche con cui devono essere svolti i test**.

La normativa sull’*idoneità visiva al porto d’armi* è, nella nostra opinione, fonte di qualche perplessità. Senza esprimere giudizi sulla adeguatezza dei requisiti previsti per le due distinte esigenze (caccia/tiro a volo e difesa personale), che, a seconda dei diversi punti di vista, potrebbero apparire troppo permissivi o, al contrario, troppo restrittivi, ci limitiamo ad osservare, innanzitutto, la diversità (nel “linguaggio” e nel merito) con cui sono formulati i due articoli dello stesso Decreto per le due diverse categorie: pur ipotizzando diverse tipologie di armi e diverse modalità e contesto di impiego tra la caccia (distanze di tiro maggiori in ambienti naturali) e la difesa personale (distanze di tiro ravvicinate in spazi più probabilmente urbani o *indoor*), tali differenze, a nostro giudizio, non giustificano due siffatti “profili” d’idoneità così distinti (e distanti) tra loro. Peraltro nell’uso delle armi, in qualsiasi condizione e per qualsiasi scopo, è da ritenersi essenziale la **consapevolezza** (ed il controllo) della “situazione” (c.d. *situational awareness*), intesa innanzitutto (ma non solo) come (esatta) **percezione** (e comprensione) di ciò che si trova, si muove e sta accadendo nello “spazio” circostante per poter predisporre le azioni (e le reazioni) più adeguate e convenienti: per questo, sarebbe stato opportuno che la Legge avesse previsto, oltre a requisiti di acuità

visiva, sensibilità cromatica e refrazione, anche specifici **requisiti di visione laterale, visione binoculare, sensibilità al contrasto e visione crepuscolare**, funzioni visive necessarie per percepire ed interpretare adeguatamente e tempestivamente il **contesto spaziale**, da testare quanto meno in specifiche patologie o condizioni psico-fisiche nelle quali esse possono essere deficitarie.

Per quanto attiene alle norme che stabiliscono i requisiti visivi, rispettivamente, per *l'iscrizione e per la revisione dell'iscrizione nelle matricole della gente di mare* (di prima categoria), lascia perplessi l'articolo (presente nel R.D.L. 14.12.1933, n. 1773, e mai modificato) che prevede espressamente tra le **cause di inidoneità**, oltre alle congiuntiviti croniche ed il tracoma, anche le **"congiuntiviti acute"**. Si osserva altresì che la Legge indica come causa di inidoneità "i difetti del campo visivo anche **monoculari** che riducano sensibilmente la visione", specificando altresì i limiti del campo visivo da ritenersi "normale"¹⁰, senza però precisare se questi debbano intendersi come **limiti per l'idoneità** o solo come un riferimento nella valutazione dei deficit che "riducano sensibilmente la visione" laterale.

Infine si rileva che la norma prescrive che "per il personale di coperta e per gli elettricisti la funzione cromatica deve essere valutata con le **Tavole di Ishihara**": non si capisce perché solo per queste due tipologie di personale si debba impiegare uno specifico test; la prescrizione delle tavole di Ishihara potrebbe assumere un senso se si ipotizzasse che il legislatore abbia "dimenticato" di aggiungere che per il personale di coperta e per gli elettricisti, a differenza di tutti gli altri, è prescritto un senso cromatico normale (da valutarsi, appunto, con il test di Ishihara).

La legge poi indica i valori di **ampiezza campimetrica** da ritenersi normali, rispettivamente per i monocli e per i soggetti con

visione binoculare¹¹, creando alcune perplessità interpretative:

- a) anche in questo caso non si capisce se sono limiti per l'idoneità o valori di riferimento per valutare i deficit che "riducano sensibilmente la visione";
- b) appare strano prevedere limiti campimetrici per i "monocli" che di fatto sembrano essere non idonei, stanti i previsti requisiti di acuità visiva centrale.

Conclusioni

In conclusione, chiunque, agendo come medico "certificatore" monocromatico o come membro di una Commissione oppure come "consulente" specialistico di questi, si trovi a dover accertare l'idoneità visiva (o, più in generale, psicofisica) di un soggetto a una specifica attività, dovrebbe tener presente alcuni punti essenziali:

1. In ogni caso ed in ogni circostanza, il giudizio di idoneità comporta gravose **responsabilità** in quanto sottende quasi sempre implicazioni giuridiche o amministrative. Non è secondario tener presente che quando la fruizione di un diritto è subordinato al possesso di una specifica idoneità (guida di autoveicoli o natanti, pratica sportiva agonistica, porto d'armi, etc.), o, viceversa, all'esistenza di un deficit psico-fisico (risarcimenti ed indennità, sgravi/esenzioni lavorativi, benefici previdenziali ed assistenziali, etc.), è da attendersi un potenziale rischio di "frode" (rispettivamente, dissimulazione o simulazione/esagerazione di deficit funzionali o malattie) da parte del soggetto sottoposto ad accertamento.
2. Anche nella valutazione di pochi e semplici requisiti in soggetti presumibilmente ed apparentemente "sani" si richiede sempre adeguata **attenzione, competenza tecnica e conoscenza delle norme e dei regolamenti** (soprattutto degli

¹⁰ Può essere considerato come normale un campo visivo che presenti: a) un'ampiezza totale sul meridiano orizzontale non inferiore 120°, alla valutazione binoculare; b) un'ampiezza sul meridiano verticale di almeno 60°, alla valutazione binoculare.

¹¹ Per i soggetti monocli può essere considerato come normale un campo visivo che presenti:

- a) una ampiezza totale del meridiano orizzontale non inferiore a 120°;
- b) una ampiezza totale sul meridiano verticale superiore non inferiore a 60° ed inferiore non inferiore a 75°;
- c) una assenza di scotomi assoluti entro i suddetti limiti, escludendo lo scotoma fisiologico (macchia cieca).

Per i soggetti con funzione visiva binoculare può essere considerato come normale un campo visivo che presenti:

- a) una ampiezza totale sul meridiano orizzontale non inferiore a 120°, alla valutazione binoculare;
- b) una ampiezza sul meridiano verticale di almeno 60°, alla valutazione binoculare.».

specifici requisiti da accertare), tanto più se i parametri da valutare sono numerosi e complessi.

3. È perentorio che tutti gli esami specificamente previsti vengano svolti, secondo le **modalità prescritte**, con la necessaria dovuta completezza ed accuratezza (a prescindere da una presumibile “negatività” degli stessi).
4. Si impone l’obbligo per chiunque certifichi un’idoneità visiva, qualora non abbia una competenza specifica della materia, di richiedere un **approfondimento diagnostico** o un **consulto specialistico** in presenza di qualsiasi “alterazione” oculare, dichiarata o solo sospettata, anche in assenza di deficit funzionali (tanto più se presenti), di cui non si riesca a precisare natura ed entità. Lo specialista coinvolto dovrà essere a conoscenza delle finalità per le quali viene richiesta la sua consulenza.
5. Nella refertazione degli accertamenti eseguiti per la verifica dell’idoneità è sempre opportuno riportare nel dettaglio tutti i **dati clinico-diagnostici emersi** (normali o meno) e i **risultati degli esami** eseguiti con le relative tecniche impiegate.

Bibliografia

1. Elenco delle “Imperfezioni e infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare” riportato all’Art. 582 del Decreto del Presidente della Repubblica del 15 marzo 2010 n. 90 (Testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare)
2. “Direttiva tecnica riguardante l’accertamento delle imperfezioni e infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare e direttiva tecnica riguardante i criteri per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare”, approvate con Decreto del Ministero della Difesa del 4 giugno 2014.
3. Articolo 119 del Codice della strada, Decreto legislativo 18/4/2011 n. 59 (G.U. 30/04/2011 n. 99), art 23 e Allegato III e Circolare del Ministero della Salute del 25/07/2011 - Prot. n. 0017798 - Requisiti idoneità guida - Allegato A: “indicazioni operative per la valutazione del possesso delle funzioni visive...”
4. Allegato III del D.L. n. 59 del 18/04/2011, comma A
5. Ministero delle infrastrutture e dei trasporti - Decreto 2 agosto 2016, n. 182
6. Decreto 28 aprile 1998 del Ministero della sanità “Requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell’autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia e al porto d’armi per uso difesa personale”
7. Regio decreto-legge 14 dicembre 1933, n. 1773, Decreto del Presidente della Repubblica 11 agosto 1963, n. 1536 e Decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 2010, n. 114
8. Art. 115 - R.D. 30 marzo 1942, n. 327-codice della navigazione: La gente di mare si divide in 3 categorie: 1) personale di stato maggiore e di bassa forza addetto ai servizi di coperta, di macchina e in genere ai servizi tecnici di bordo; 2) personale addetto ai servizi complementari di bordo; 3) personale addetto al traffico locale e alla pesca
9. “Quantificazione dell’acutezza viva” in “La valutazione dell’apparato visivo per l’invalidità civile” Relazione ufficiale SOI 2020 – Cap. 5° pag. 43– 51. Edizioni SOI 2020 –Fabiano Gruppo Editoriale
10. Legge 3 aprile 2001, n. 138, “Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 93 del 21 aprile 2001
11. “Quantificazione del campo visivo” in La valutazione dell’apparato visivo per l’invalidità civile” Relazione ufficiale SOI 2020 – Cap. 6° pag. 53 – 57. Edizioni SOI 2020 –Fabiano Gruppo Editoriale
12. Comma 8 delle Avvertenze alla Direttiva di cui al DECRETO 4 giugno 2014: “Per le patologie non specificate nell’elenco o nella presente direttiva si applicano le disposizioni riguardanti l’apparato o l’organo interessato, facendo ricorso al criterio dell’analogia o dell’equivalenza con le imperfezioni e le infermità ivi contemplate”
13. “La funzione visiva e i suoi parametri” in “La valutazione dell’apparato visivo per l’invalidità civile” Relazione ufficiale SOI 2020 – Cap. 1° pag. 14 – 20. Edizioni SOI 2020 –Fabiano Gruppo Editoriale
14. Allegato III del decreto legislativo n. 59 del 18/04/2011
15. Ministero delle infrastrutture e dei trasporti - Decreto 29 luglio 2008, n. 146 - Art. 36 comma 3



La prevenzione è in viaggio verso di te.



IAPB ITALIA
VISTA IN SALUTE
REPORT 2019-22

Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità
IAPB Italia - ETS

**DONA IL TUO
5x1000**

**Codice Fiscale
80210310589**

**ALL'AGENZIA INTERNAZIONALE PER LA
PREVENZIONE DELLA CECITA'**

