

A.I.O.C.



**Rivista di contattologia
e optometria
dell'Accademia Italiana
Optometristi Contattologi**

Spedizione in abbonamento postale - Tariffa Associazioni senza fini di lucro
DL 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB- FILIALE DI FIRENZE
Stampa Litografia I.P. - Firenze

N. 2 - 2013

SOMMARIO

- | | | | |
|-------|--|-------|--|
| p. 3 | Editoriale
Nuovi stili di vita
di Giuliano Bruni | p. 21 | La visione binoculare
singola e la fusione
di Sergio Villani |
| p. 5 | Vita dell'Accademia
L'AIOC in Russia | p. 34 | DSA: disturbi specifici
dell'apprendimento
di Sergio Prezzi |
| p. 9 | Vita dell'Accademia
A cena...
<i>con la nostra storia</i> | p. 55 | Vita dell'Accademia
Continua la nostra
esperienza in Camerun |
| p. 11 | Occhio: una proposta di
lettura tissutale biotipica
di Daniele Ugolini | p. 61 | Vita dell'Accademia
L'Accademia presente
al Mido 2013 |



A.I.O.C.

Rivista di contattologia e optometria
dell'Accademia Italiana Optometristi Contattologi

Direttore responsabile
Dott. Giuliano Bruni

Redazione

Sergio Villani, Angelo Del Grosso,
Gianfranco Fabbri, Maurizio Fab-
broni, Tiziano Gottardini, Alfredo
Mannucci, Sergio Prezzi, Ivan Zoccoli

Segreteria e pubblicità

www.aiocitalia.com
E-mail: aiocitalia@gmail.com

Collaborazione redazione

Angela Finardi

Impaginazione

Giacomo Carobbi

Stampa

Litografia I.P. - Firenze

Numero finito di stampare il 05/02/2013 - *La responsabilità per il contenuto degli articoli ricade unicamente sugli autori*

Registrazione Tribunale di Firenze n. 2944 in data 5.6.1981

Editoriale

Nuovi stili di vita



Molti asseriscono che la crisi finirà nel 2014, altri asseriscono nel 2017 e via dicendo.

Purtroppo nessuno sa quando realmente finirà questa situazione di disagio da cui anche la nostra categoria non è

esente. È sotto gli occhi di tutti la diminuzione del potere di acquisto degli italiani; tutti siamo consapevoli di vivere una crisi dei consumi mai vista prima d'ora. Questo impone comunque una riflessione sui "nuovi stili di vita". I costi familiari sono aumentati e nonostante tutto è difficile rinunciare a beni diventati "Status Symbol" come un aggiornatissimo computer, un telefonino di ultima generazione, l'ultimo iPad in commercio, abbonamenti alle tv private, la moda serale dell'apericena ed altro ancora. Allo stesso tempo si nota un rinnovato interesse per tutto quello che concerne il benessere, la salute e la qualità della vita: vedi la moda della filiera corta a km 0 nell'agricoltura, il cibo biologico e i rimedi olistici c'è, insomma, una ricerca salutistica verso il benessere del corpo e della mente.

Questo ci deve fare riflettere perché noi vendiamo un prodotto della salute. Pertanto un prodotto di grande interesse che viene considerato di rilievo dalla maggior parte dei consumatori.

La vista e il suo mantenimento sono un bene da trattare nel modo giusto ecco che vogliamo il meglio per i nostri occhi e vogliamo al nostro servizio dei professionisti.

Quindi è assurdo vedere “colleghi” che, facendosi forti della motivazione della crisi, svendono il prodotto ottico con sconti che vanno oltre il 35%. Sconto che innesta una rincorsa con il collega della porta accanto che applicherà a sua volta riduzioni forse più alte e corpose ingenerando una spirale che ridurrà i margini dell’attività. Gli sconti, oggi, sono arrivati addirittura sulle lenti a contatto che si trovano a prezzi diversi. Secondo voi tutto questo è normale?

Altre categorie professionali sono più unite; si attengono fedelmente al prezzo di listino consigliato. Siamo solo commercianti o siamo professionisti della visione! Ci rendiamo conto dell’arma che offriamo gratuitamente alle categorie avverse alla professione di ottico-optometrista?

Non dico che non si possano fare delle promozioni all’interno del negozio, usare le carte fedeltà, avere linee di prodotto diverse, per coprire tutte le fasce di mercato ma esporre fuori i prezzi delle lenti a contatto o di occhiali scontati o di lenti oftalmiche consegnate gratuitamente all’acquisto della montatura o addirittura cartelli con “misura della vista gratuita”, non è professionale! Pertanto flessibili si ma svendere no! Stiamo vendendo un bene di prima necessità! Un bene dedicato alla parte più importante del corpo; i nostri occhi!

Scusatemi di questa esternazione, ma, il fatto che la nostra professione non sia ancora riconosciuta la dice lunga; sarà anche colpa nostra? Possiamo veramente considerarci dei professionisti con la P maiuscola? Adesso non voglio più stancarvi con queste “grida” e vi auguro una buona lettura possibilmente sotto l’ombrellone.

Buone ferie

Il Presidente A.I.O.C.

Dott Giuliano Bruni

L'AIOC in Russia

Un optometrista della AIOC invitato in Russia per tenere una relazione su forie, strabismo e ambliopia.



Dietro invito del direttore della scuola di Optometria Russa il dottor Alexander Myagkov, nei giorni 16- 17 maggio 2013 l'optometrista Sergio Prezzi si è recato in Russia per tenere una relazione su forie, strabismo e ambliopia. La città di Rostov sul Don è stata la prima dove si è tenuta la relazio-

ne, nella sala conferenze dell'hotel Palace (*vedi foto*).

Per la buona riuscita di questi eventi è risultata fondamentale la traduzione a cura della dottoressa Svetlana Zubkova medico oculista e docente universitario (*vedi foto*).



Le relazioni si sono svolte a Rostov sul Don ed a Krasnodar, in entrambe si è svolto dapprima una serie di conferenze tenute da importanti relatori Russi e come ultimo intervento Sergio Prezzi ha mostrato le tecniche di identificazione e quantificazione delle forie, strabismi ed ambliopia. La relazione si divideva in una parte teorica dove si illustrava l'uso del cover test, anche associato alla stecca dei prismi di Berens per quantificare la deviazione, i prismi di Risley sul forotte-



ro ed altre tecniche più ambientali quali l'uso del cilindro di Maddox da solo ed associato al prisma rotante (vedi foto).

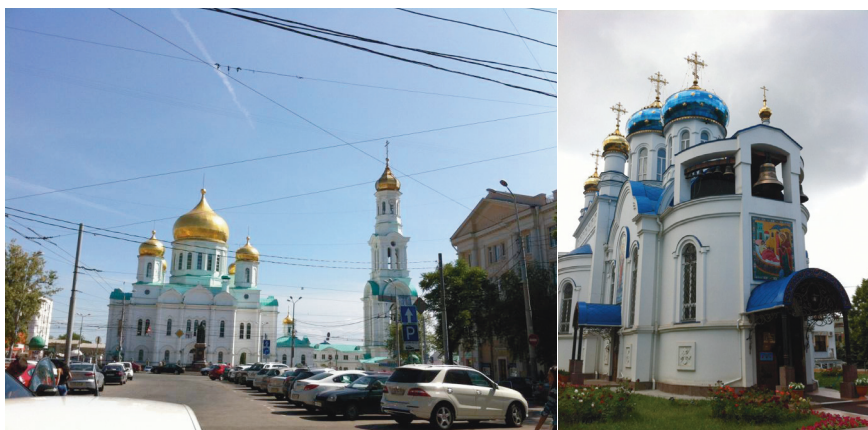
La **seconda parte** ha visto un interessante utilizzo della corda di Broch, che ha coinvolto tutti i partecipanti in una

serie di procedure pratiche. La prima procedura che veniva descritta era di tipo posturale, infatti parte della relazione si addentrava nella spiegazione di quanto la postura modifica la convergenza e la foria. Sergio Prezzi ha spiegato come la collaborazione tra posturologi, dentisti, gnatologi, osteopati, chiropratici ed altri specialisti, consenta di migliorare la qualità della vita e dei risultati rieducativi in ogni ambito. La sinergia tra questi specialisti consente di trattare problemi con cause miste e disturbi che prima apparivano senza soluzione ora vengono rieducati con evidente beneficio dei pazienti. La corda di Brock è l'esercizio perfetto per poter evidenziare questo fenomeno. Infatti se teniamo la corda per una estremità attaccata al naso e l'altra estremità a circa 50 centimetri, ponendo una pallina a circa 20 centimetri possiamo notare l'incrocio delle corde in prossimità o sulla pallina.

Se variamo la posizione dei piedi, ad esempio congiungendo i tacchi e divergendo le punte dei piedi, e dopo alcuni istanti ruotiamo i piedi in posizione opposta, noteremo che l'incrocio delle corde si sposta rispetto alla pallina osservata. Questa è la dimostrazione che la postura altera sia la convergenza che la foria.

Infatti anche i test con cilindro di Maddox se svolti in piedi variano di risultato al variare della postura (vedi foto).





Il viaggio è stato molto interessante anche dal punto di vista culturale, infatti c'è stato il tempo di visitare con una guida la città di Rostov sul Don, città fondata nel 1760 è situata in una posizione strategica, conta circa 1 milione di abitanti.

Per molti anni è stata confine geografico e culturale tra Russia e Grecia e successivamente Turchia fino alla definitiva conquista che consente alla Russia di avere uno sbocco sul mar Nero.

A Rostov sul Don è ancora possibile vedere una rarissima statua di Lenin, e delle bellissime chiese ortodosse. La seconda chiesa (*vedi foto in alto*) è a Krasnodar nei pressi dell'ingresso della clinica oculistica fondata da Fjodorov (*vedi foto sotto*).





Un passaggio della relazione assieme al dottor Alexander Myagkov.

Nella foto da sinistra: la dottoressa Svetlana Zubcova oculista docente ed interprete, il dottor Alexander Myagkov direttore della scuola di optometria di Mosca ed il vicedirettore della clinica il dottor

Alexander Zabolotny e Sergio Prezzi.

Foto con altri relatori di queste due splendide giornate.

A destra si distingue il dottor Pavel con la moglie Elena e la figlia futura oculista, primario della clinica oculistica dei monti Urali e del Magadan in Siberia, personaggio incredibile che

per lavoro si trasferisce ogni due mesi compiendo uno spostamento di 8000 chilometri è un po' il simbolo della gente che abita in questo territorio sterminato ed incantevole.





contattologia d'ecellenza



Occhio x Occhio ha da tempo allargato la gamma dei suoi prodotti:
visita il sito www.occhioxocchio.it



*Il nostro obiettivo?
La Vostra tranquillità*

 **Assicurazioni**

In tutti i rami con le più importanti compagnie italiane ed estere per garantire la Vostra tranquillità

 **Fondi pensione**

Per garantire un futuro a te e ai tuoi figli

 **Investimenti**

In Italia e all'estero con aziende italiane ed estere per garantire capitali e interessi

 **Tutela giudiziaria**

Fornisce un'efficace protezione, con la copertura delle spese legali e peritali, per una rapida risoluzione delle controversie.

*Offerta polizza responsabilità civile
ottici e optometristi*



38100 Trento - via Piave 22

Tel. 0461 392397

Fax 0461 392545

www.ugolucinagentediassicurazione.eu

Daniele Ugolini - Terapista della riabilitazione

*Fisioterapia Posturale - Osteopatia Posturale
Docente di Corsi di Posturologia*

Occhio: una proposta di lettura tissutale biotipica

Introduzione

Da alcuni anni l'attenzione degli specialisti della Posturologia si è posata sulle teorie sulla strutturazione tissutale, che fanno capo alle linee guida proposte a suo tempo da W. H. Sheldon, A. Lowen e P. Schilder.

Ma mentre Lowen e Schilder collocano il fattore d'influenza strutturale (fattore determinante di stress, nel conflitto tra ideale dell'io e illusione dell'io) nel periodo post natale, dalla nascita ai 7 anni, fase di vita importante per la formazione e consolidazione della matrice percettiva, Sheldon risale addirittura al periodo prenatale, quando l'impronta fenotipica può marcare profondamente la formazione della struttura del futuro individuo.

L'ipotesi di Sheldon è che il substrato genetico condizioni il modo personale dell'individuo di rispondere ai fattori esterni ed interni, sia nelle modalità fisiche che in quelle psichiche.

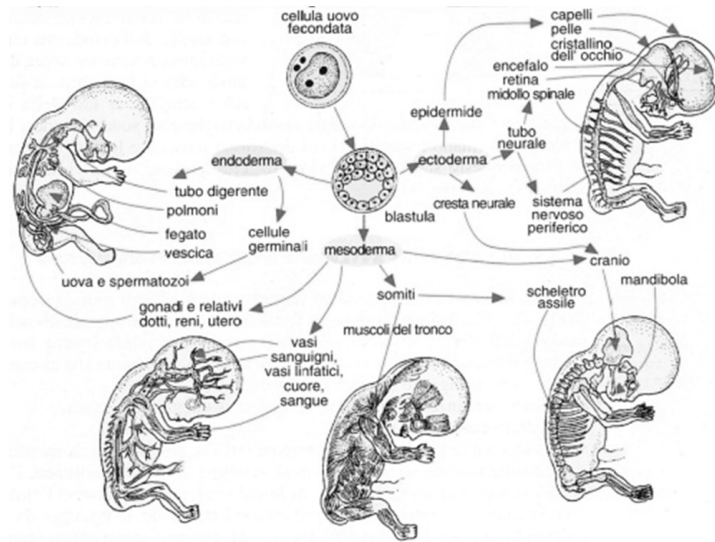
Partendo da questi presupposti, alcuni autori (tra gli altri R. J. Bourdiol e G. Bortolin) **hanno proposto approcci specifici alle diverse tipologie individuali, imperniati sulla strutturazione tissutale: l'indicazione è formulata al fine di ottimizzare il risultato terapeutico, ma soprattutto al fine di capire ed evitare le eventuali recidive.** Quest'ultime, infatti, si presentano come costanti di risposta di un sistema con proprie linee di resistenza e facilitazione alle modificazioni sia fattoriali (ambientali)

endogene ed esogene che terapeutiche.

L'impostazione di un piano di intervento terapeutico che prenda in considerazione questi fattori, può, a pieno titolo, risultare più efficace e duraturo nel tempo.

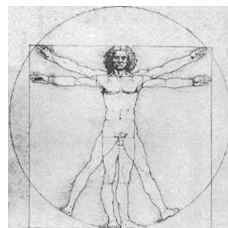
Questo articolo ha lo scopo di proporre una diversa lettura del soggetto con le sue problematiche, una lettura che apra la via a nuove proposte terapeutiche.

L'importanza del substrato.



Come ben sappiamo, nelle prime fasi dell'embriogenesi si sviluppano i due foglietti fondamentali: l'**ectoderma** e l'**endoderma**.

Da questi, in una fase successiva, si formeranno altri due foglietti che, accollandosi tra di loro, daranno origine al mesoderma: mesoderma ectodermico e mesoderma endodermico.



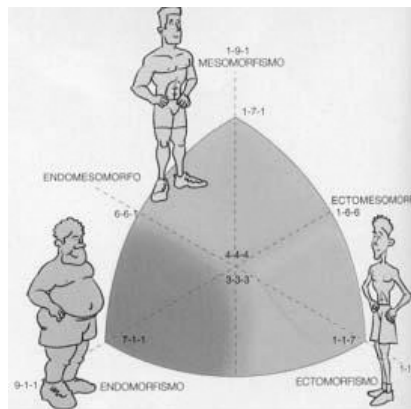
Ognuno di questi foglietti ha sue precise caratteristiche e da essi si genereranno in seguito tutti gli organi del corpo umano, con le loro peculiarità derivanti dall'elemento distintivo tissutale.

Durante il percorso ontogenetico

prenatale, i tre foglietti possono avere uno sviluppo ben ripartito e portare, seguendo sempre la classificazione proposta da Sheldon, alla formazione del normotipo, vale a dire di un soggetto che, nella vita postnatale, sarà riconoscibile per uno sviluppo strutturale equilibrato nelle forme, nelle proporzioni e nell'energia.

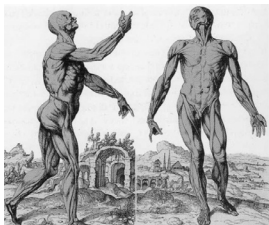
Nel diverso caso in cui uno dei tre foglietti abbia avuto uno sviluppo ontogenetico preponderante, si genereranno altri biotipi ben distinti e con peculiarità proprie.

Uno sviluppo prevalente del tessuto ectodermico porterà al **biotipo ectomorfo**.
 Uno sviluppo prevalente del tessuto endodermico porterà al **biotipo endomorfo**.
 Uno sviluppo prevalente del tessuto mesodermico porterà al **biotipo mesomorfo**.



Vale la pena di ricordare i tessuti, gli organi e le funzioni derivanti dai singoli tessuti.

Dall'**ectoderma** avranno avvio la formazione di tessuti, organi e funzioni finalizzati alla delimitazione dell'ambiente interno (l'epidermide e i faneri), alla percezione dell'ambiente esterno (gli organi di senso) e alla comunicazione materiale e immateriale interno-esterno (il sistema nervoso).



Dall'**endoderma** avranno avvio la formazione di tessuti, organi e funzioni necessari ai bisogni vitali come nutrirsi, respirare, eliminare e riprodursi (il sistema endoteliale, gli organi più antichi del tubo digerente, i polmoni, i reni, le gonadi); gestisce le acquisizioni e le perdite sia materiali che immateriali ed è sotto il controllo del siste-

ma parasimpatico.

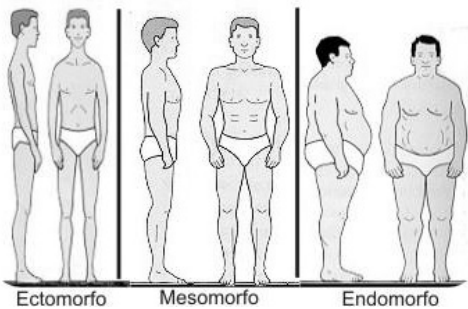
Dal **mesoderma ectodermico** avranno avvio la formazione di tessuti, organi e funzioni in rapporto ai meccanismi di attacco e fuga (il sistema locomotore e il sistema cardiovascolare), che sono sotto il controllo del sistema ortosimpatico.

Dal **mesoderma endodermico** avranno avvio la formazione di tessuti, organi e funzioni atte a gestire gli attacchi esterni contro se stessi e la discendenza (le meningi, il pericardio, la pleura, il peritoneo, il periostio, il perinervio, il derma cutaneo e le ghiandole mammarie, quest'ultime con funzione di nutrimento e fornitrici di anticorpi materni). Quindi **lo sviluppo preferenziale di un tessuto a scapito degli altri genererà biotipi con caratteristiche tipologiche distinte e distanti tra loro.**

Il biotipo

Se volessimo sintetizzare il concetto in un assioma, potremmo dire che **“il biotipo è una caratteristica genetica invariabile dell'individuo che determina risposte diverse agli stessi stimoli, siano essi fisiologici o in grado di turbare lo sviluppo normale, quali ad esempio possono essere gli interventi terapeutici”** (P. Planas).

In pratica il biotipo è caratterizzato da ben precisi parametri: **la corporatura, la stazza fisica, i rapporti dimensionali tra le singole parti del corpo, il temperamento, il carattere.**



Il **normotipo** è ben proporzionato e armonioso nelle sue componenti fisiche ed energetiche.

L'**ectomorfo** è longilineo, alto e astenico, con

eccellente dentatura, abbondanza di capelli che contrasta con una pilosità facciale generale poco evidente; se-

rio, silenzioso, solitario, non privo di qualità artistiche e intellettuali, è un carattere controllato e introverso, con riduzione della sfera emotiva e dell'energia.

L'**endomorfo** è basso, allegro, tranquillo, estroverso, buontempone e gioviale, con grande appetito anche mentale, tendente ad ingrassare facilmente.

Il **mesomorfo** è più muscoloso che ben proporzionato, caratterizzato da notevole sviluppo energetico; rigido, coraggioso, combattuto continuamente tra grande generosità e grande possessività, è portato a sbalzi d'umore e ad episodi di aggressività.

Possiamo definire lo sviluppo dei biotipi come il caratterizzarsi di vie di resistenze e di facilitazioni agli stimoli esterni ed interni, come a dire la strutturazione di peculiari modalità di risposta agli eventi e quindi la tipicità del modo di ammalarsi.

L'**ectomorfo** è predisposto all'osteoporosi, all'Alzheimer, e alle patologie delle vie biliari.

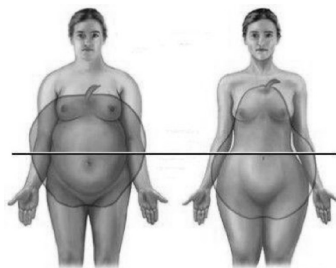
L'**endomorfo** ha una reattività immunitaria torpida e si ammala con frequenza; è predisposto alle malattie cardiovascolari (es.: cardiopatia ischemica) e al diabete di tipo II; è

Normotipo:	rapporto armonioso tra le parti
Ectomorfo:	soggetto a sviluppo verticale
Endomorfo:	soggetto a sviluppo orizzontale
Mesomorfo:	soggetto a sviluppo energetico con aumento della rigidità muscolare.

invece resistente all'osteoporosi grazie agli alti valori di densità minerale ossea.

Il **mesomorfo** ha un metabolismo veloce, brucia molte calorie e non ingrassa; è predisposto all'insufficienza tiroidea, alle allergie e anche alle malattie cardiovascolari.

Naturalmente i biotipi si possono combinare in una tavolozza di colori con sfumature intermedie: in particolare un distretto corporeo può aver subito lo sviluppo preponderante di uno dei tre tessuti ed avere un suo partico-



lare biotipo, mentre un altro distretto può aver seguito un percorso diverso, con l'impronta di un altro biotipo.

Il riconoscimento di un biotipo può guidarci a conoscere le necessità individuali e a strutturare il

miglior intervento terapeutico.

In questo contesto si è parlato dei biotipi partendo dalla considerazione che **l'occhio si sviluppa, a livello ontogenetico, dai tre foglietti embriologici, quindi può essere considerato lo specchio di una situazione biotipica più complessa: quella generale del soggetto e quella d'organo in particolare.**

Dall'**ectoderma** a sensibilità esterna si originano, infatti, **l'epitelio pigmentato retinico; lo strato nervoso della retina (coni, bastoncelli...); le mucose di cornea, congiuntiva, cristallino e dotti lacrimali.**

Dall'**endoderma** si originano **le funzioni di peristalsi (della muscolatura liscia dell'occhio, della pupilla, della fascia muscolare) e di sensorialità (fotosensibilità della coroide); le funzioni di secrezione e assorbimento (pressione endoculare); le funzioni di secrezione ormonale (tessuto parenchimale delle ghiandole lacrimali).**

Dal **mesoderma ectodermico recente** si originano **la muscolatura extraoculare, la guaina del Tenone e l'anello dello Zinn (proiezioni esterne della dura madre), il corpo vitreo, la tonaca fibrosa e la tonaca vascolare (arteria ialoidea, lamina vascolare), l'uvea, la sclera, il muscolo ciliare e l'iride.**

(Modificato da N. Barro – www.nicolasbarro.de)

Seguendo lo schema riportato, è **ipotizzabile che ogni biotipo abbia idealmente proprie risposte ai fattori di stress, traducibili in modalità specifiche e ripetitive di ammalarsi.**

Quindi potremmo supporre che il **biotipo ectomorfo** sia più sensibile a **patologie a carico di palpebre e ciglia, delle mucose corneale e congiuntivale, delle strutture nervose deputate alla sensibilità esterna**; il **biotipo endomorfo** incorra più facilmente in **patologie legate alla fotosensibilità, all'accomodazione, al mantenimento della pressione endoculare (glaucoma) e all'attività delle ghiandole lacrimali (come ad esempio la sindrome dell'occhio secco o ipolacrimia)**; il **biotipo mesomorfo** sia predisposto alle **patologie oculari da ipotiroidismo (emeralopia), alle allergie, a deficit di vascolarizzazione e alle problematiche legate alla motricità muscolare extraoculare (come difetti di convergenza, difetti d'asse, ecc.)**.

Questi aspetti sono importanti anche dal punto di vista del trattamento posturale: **i diversi biotipi, infatti possono essere approcciati con l'intervento più idoneo alla situazione**.

Nel biotipo **ectomorfo** l'approccio sarà di tipo sensoriale con sfruttamento della visione periferica (come esercizi saccadici orizzontali e verticali e di convergenza saccadica; ricordiamo che i movimenti saccadici sono coinvolti nei processi cognitivi; ricordiamo ancora che la visione periferica è estremamente importante dal punto di vista del controllo posturale); nel biotipo **endomorfo** si potrà impostare un intervento osteopatico per migliorare il drenaggio endoculare (pompaggio oculare con manovre dirette sul globo oculare e indirette sulle strutture fasciali); nel **mesomorfo** si farà un lavoro più specifico sulla muscolatura extraoculare (come esercizi di convergenza lenta), come pure di osteopatia per riarmonizzare l'attività delle membrane a tensione reciproca e migliorare il drenaggio vascolare.

L'approccio ideale:

Normotipo: approccio dettato dal quadro sindromici e dalla priorità

Ectomorfo: risente positivamente di un approccio energetico più "immateriale"

Endomorfo: risente positivamente di un approccio viscerale

Mesomorfo: risente positivamente di un approccio manipolativo (fasciale)

Considerazioni generali.

È ovvio che l'impostazione del trattamento, qualunque esso sia, risentirà positivamente in prima battuta di un approccio a priorità tissutale biotipica, tuttavia in seguito dovrà proseguire con l'estensione della parte operativa anche agli altri territori tissutali. È infatti necessario **“utilizzare ciascuna delle tre vie embriologiche per influenzare favorevolmente e concretamente una sindrome morbosa**

data” al fine di ottimizzare il risultato ed evitare indesiderate recidive. (R. J. Bourdiol, G. Bortolin)

A tale proposito si attendono con interesse le considerazioni dei colleghi optometristi per arricchire il materiale di queste osservazioni preliminari.

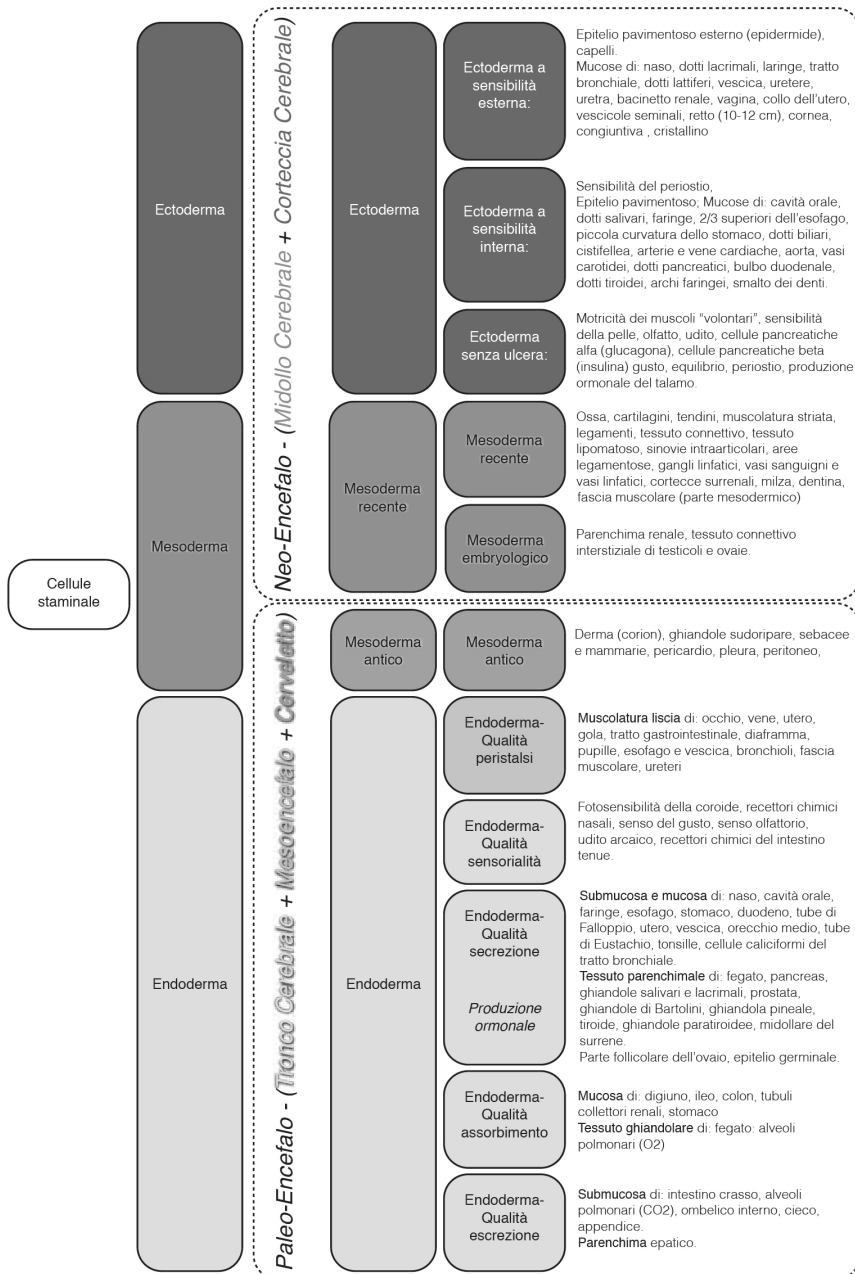


Bibliografia essenziale.

- Abraham A. (1933), *Le dessin d'une personne*. Delachaux et Niestlè, Neuchâtel.
- Bourdiol R.J., Bortolin G. – *Cefalee emicraniche* – edizioni Gemmer Italia 2000
- Fernandez J. – *Biotipos corporales, comunicacion no verbal*
- Guaraldi G. P. (1990), *Immagine del corpo: un concetto di confine*. *Età Evolutiva*, 35, 52-59.
- Lhermitte J. – *L'image de notre corps*. Edit. de la Nouvelle Revue Critique, Paris, 1939.
- Lis A., Venuti P., Basile A. P., Finesso R. (1988), *Lo sviluppo dello schema corporeo*. *Età Evolutiva*, 30, 23-34.
- Lowen A. – *Bioenergetics*. Coward, McCann & Geoghegan Inc., New York 1975. Tr. it. *Bioenergetica*. Feltrinelli, Milano 1983.
- Lowen A. – *Physical dynamics of character structure (the language of the body)*. Grune & Stratton, New York 1958. Tr. it. *Il linguaggio del corpo*. Feltrinelli, Milano 1978.
- Lowen A., *Il tradimento del corpo*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1982 (n.d.r.)(4) op. cit. (n.d.r.)(5) op. cit. (n.d.r.)(6) op. cit. (n.d.r.)
- Paillard J. (1990), *Il corpo situato e il corpo identificato*. *Età Evolutiva*, 35, 64-73.
- Pende N. – *Trattato di biotipologia umana* – Editore Vallardi 1939
- Rettura G. – *In ascolto del corpo, psicologia posturale sistemica* – Venetucci 2012
- Schilder P. (1950), *Immagine di sé e schema corporeo*. Franco Angeli, Milano, 1973.
- Schilder P., *The image and appearance of the human body*, New York, 1935; trad. it.: *Immagine di sé e schema corporeo*. F. Angeli Ed., Milano, 1995.
- Scoppa F. – *Il corpo in educazione e rieducazione. I Problemi della Pedagogia*, 1/2, 15-27, 1988.
- Sheldon W.H. – *Atlas of men: a guide for somatotyping the adult male at all ages*. - Harper 1954
- Traetta T. – *L'Analisi Bioenergetica in pazienti affetti da algie articolari di origine psicosomatica*, in SCOPPA F., *Lombalgie e Apparato Locomotore*. Ed. Edi Ermes, Milano, 1998, pp. 98-101.
- Wallon H. – *Origini del carattere nel bambino*. Editori Riuniti, Roma, 1974.

Appendice

Anatomia e fisiologia secondo le cinque leggi biologiche



Originale: Nicolas Barro Traduzione: Eleonora Martroni, Pasquale Alessi - www.nicolasbarro.it

Prof. Sergio Villani

Libero docente in ottica fisiopatologica Università di Firenze

La visione binoculare singola e la fusione

Premessa

Come gli ottici oftalmici ricorderanno, prima dell'avvento della chirurgia refrattiva era facile essere chiamati a risolvere i casi di forte anisometropia (particolarmente quella refrattiva) la quale, in varie percentuali, ostacolava la regolare fusione delle immagini dei due occhi tra di loro.

La chirurgia refrattiva, nata con lo scopo di rendere permanente lo stato refrattivo binoculare equilibrato che i contattologi ottenevano e ottengono con le lenti a contatto, deve tener conto che, per la regolare fusione, il paziente con forte anisometropia di tipo prevalentemente assiale, può essere emmetropizzato ma, così facendo, si corregge una condizione prevalentemente assiale con una condizione prevalentemente refrattiva e questo crea disturbo, a meno che il contattologo non richieda al chirurgo una correzione appositamente alterata in modo da dover agire ad hoc per ripristinare la condizione di isoconia. Trattiamo ora l'aspetto della fusione delle immagini pervenute ai due occhi.

FUSIONE

La capacità dell'apparato visivo di mantenere singola l'immagine composta dalle due foveolari, anche quando l'oggetto cambia di posizione, è definita come fusione. Nella fusione si dovrà tener conto della parte motoria derivata dall'attività dei muscoli oculomotori e, perciò, si distinguerà la parte sensoria da quella motoria. Questo dualismo è facilmente controllabile al sinottoforo, in quanto il primo

controllo effettuato con questo strumento è il rilevamento della parte sensoria per poi rivolgersi subito a quella motoria. Queste prove sul tipo e sul carattere della fusione consentono all'esaminatore di stabilire quali sono i limiti di uso della visione binoculare. Gli ostacoli maggiori all'ottenimento di una normale capacità fusionale sono:

- a) la soppressione;
- b) lo scarso virus in un occhio, o l'eccessiva differenza di virus tra gli occhi;
- c) l'aniseiconia.

È ovvio che, sia l'aniseiconia quanto lo scarso virus sono in pratica l'anticamera della soppressione, perciò è a quest'ultima che si attribuisce il ruolo più importante come elemento antifusionale. La fusione che si ottiene in modo anomalo nei soggetti con corrispondenza retinica anomala, non ha la possibilità di essere mantenuta dinamicamente.

Un altro aspetto della soppressione è la perdita della diplopia fisiologica, cosa che avviene molto più facilmente nella retina tempiale che in quella nasale, e purtroppo, nella retina tempiale la soppressione è ancora più faticosa da stradicare.

Nel determinare la condizione fusionale al sinottoforo si può adottare una classificazione articolata nel modo seguente:

- a) Mancanza di fusione: questa condizione si ha nella soppressione completa di un occhio e nella diplopia.
- b) Visione binoculare singola (con fusione).

Di cui:

- 1) Percezione simultanea periferica (esterna all'area di soppressione).
- 2) Percezione simultanea bifoveolare all'angolo di sovrapposizione.
- 3) Duzioni fusionali, cioè la fusione nelle varie direzioni di sguardo.
- 4) Vergenze fusionali, cioè le ampiezze di fusione muovendo gli assi visuali dei due occhi in direzioni opposte. Questo tipo di vergenze si può ulteriormente suddividere in:

-ampiezza della fusione sia in convergenza che in diver-

genza;

-ampiezza della fusione paramaculare sia in convergenza che in divergenza;

-ampiezza della fusione foveolare sia in convergenza che in divergenza;

-visione stereoscopica;

-stabilità della visione binoculare, cioè la datarminazione dell'accomodazione relativa positiva e negativa a convergenza prefissata, nonché la vergenza positiva e negativa ad accomodazione prefissata.

FUSIONE AL SINOTTOFORO

Il controllo della condizione fusionale si esegue all'angolo oggettivo che non necessariamente è diverso da zero. La presenza o l'assenza della fusione viene rapidamente individuata dalla possibilità o impossibilità di sovrapporre le immagini presentate monocolarmente.

L'evidenziazione della condizione si ha con:

a) Diplopia all'angolo oggettivo.

b) Soppressione di una immagine o parti di essa all'angolo oggettivo.

Per questo accertamento vengono usate le lastrine di tre ordini di grandezza e del tipo "simile".

Pazienti che mostrano una notevole soppressione quando osservano figure dissimili (percezione simultanea) possono invece mostrare una buona fusione perciò, se l'angolo subiettivo e quello obiettivo corrispondono, anche se il paziente non può vedere le due mire coincidere, il test per la fusione deve essere eseguito ugualmente. Per far questo si usano lastrine con figure simili e controlli differenti tipo l'orsacchiotto con il biberon e fiore rosso per una lastrina e l'orsacchiotto con il fiore giallo per l'altra.

I tubi vengono posti in modo che il paziente veda l'immagine di due orsetti: con un occhio vedrà l'orsetto con il fiore e con l'altro occhio l'orsetto con biberon, e non viceversa.

Il paziente viene allora istruito a muovere i bracci del sinottoforo in modo da far coincidere le due figure le quali,

sovrapponendosi, produrranno la figura completa di un orsetto con due riferimenti: il biberon e il fiore giallo.

L'operatore dovrà controllare la posizione degli occhi del paziente anche tramite i riflessi corneali in modo da assicurarsi che stia avvenendo la fusione delle due immagini delle mire e non la loro soppressione. Se dovesse nascere qualche dubbio, il paziente viene invitato ad osservare una parte specifica (per esempio: la mano) della figura comune a entrambe le lastrine e a questo punto si estingue l'illuminazione di una delle due figure (è come coprire un occhio) tramite il pulsante FLASHING che serve anche per il COVER-TEST. Se l'occhio che rimane come fissante si muove in modo da andare a fissare quella parte che avevamo imposto di fissare, ciò indica che le due immagini delle figure non erano fuse correttamente. Se non si ha movimento, si invita il paziente a separare e poi ricongiungere le due immagini delle figure e si ripete il test di prima ma, in questo caso, si estingue l'illuminazione davanti all'altro occhio.

Una raccomandazione: bisogna tenere sempre presente che accendere e spegnere alternativamente la luce davanti agli occhi facilita l'interruzione della fusione e i movimenti oculari osservati tra un'accensione e spegnimento della lampada illuminante può essere associato semplicemente al recupero della visione binoculare singola; ciò non vuoi dire necessariamente che le due figure non possono essere fuse correttamente quando entrambe sono viste simultaneamente con le due foveole.

MOVIMENTI LATERALI

Se le figure vengono fuse in modo soddisfacente, l'angolo al quale si vengono a trovare i tubi viene bloccato e i tubi sganciati dal corpo del sinottoforo vengono fatti ruotare insieme sull'asse verticale e molto lentamente da un lato all'altro dello strumento, mentre gli occhi del paziente continuano a seguire la figura fusa. Nel caso di uno strabismo concomitante, se la figura non rimane congiunta durante questa manovra , si parlerà di fusione debole.

VERGENZE FUSIONALI

Premessa

Un'altra indicazione della forza di tenuta della fusione è la capacità a convergere e divergere. Per controllare queste capacità i tubi del sinottoforo vengono bloccati all'angolo al quale il paziente congiunge le due figure, e usare la vite senza fine per far convergere e divergere i tubi. Coloro che vengono definiti normali possono mantenere la fusione per 4° in divergenza (pochi sono capaci di arrivare a 5-6 gradi) mentre sono molti che mantengono la fusione sino a 25° di convergenza. Perciò, la convergenza si rivela di maggiore valore per il controllo della tenuta della fusione.

Pur rimanendo un fatto squisitamente personale, quando la convergenza fusionale supera di un bel pò il valore citato si deve sospettare di trovarci in presenza di un soggetto con ipermetropia latente, ciò perchè alla convergenza fusionale segue quella accomodativa che si manifesta con lo sfuocamento (seguito dalla micropsia) delle immagini delle mire, se questo sfuocamento non avviene nei limiti ritenuto fisiologici il sospetto che si tratti di una ipermetropia latente è più che giustificato.

D'altra parte, in una persona che abbia perduto le capacità accomodative è altrettanto chiaro che la convergenza non può essere che fusionale; avviene così che sia del tutto inutile la specificazione di questi due tipi di convergenza con persone oltre i cinquant'anni, con gli afachici o gli pseudofachici, o con pazienti in ciclopegia. I riflessi corneali devono essere controllati accuratamente e costantemente per assicurarci che gli occhi seguano i movimenti dei tubi porta-lastrine.

CLINICA

Come più sopra detto la convergenza fusionale è la rotazione degli occhi verso l'interno (verso il naso) allo scopo di seguire bifoveolarmente l'immagine di un oggetto-mira che viene avvicinato verso il viso dell'osservatore. La quantità di convergenza fusionale viene misurata con figure di tipo simile aventi vari controlli per l'accertamento dell'eventuale soppressione di una figu-

ra o parti di essa, mettendo così l'esaminatore in grado di stabilire quale sia l'occhio soppressore o quali e quanto sono grandi le aree di soppressione. Numericamente essa sarà rappresentata dal valore angolare segnato sulla scala di ciascuno dei tubi facendo la somma dei valori di ciascuna singola scala e togliendo a questo valore finale quello letto inizialmente.

Esempio:

angolo di fusione = + 2°

angolo finale di convergenza fusionale = + 16°

convergenza fusionale: + 16° - (+ 2°) = + 14°

Nell'effettuare la convergenza dei bracci si chiede contemporaneamente al paziente di fare attenzione se qualche "controllo" scompare e dire subito quando l'immagine diviene doppia (cioè quando avviene la separazione). L'angolo al quale scompaiono i controlli visti da un occhio e senza possibilità di ritorno, o l'angolo al quale il paziente non riesce più a mantenere la fusione, sta ad indicare l'angolo limite di convergenza fusionale e accomodativa insieme. Per conoscere l'angolo della sola convergenza fusionale si dovrà fare attenzione a quando (convergendo i tubi) le immagini delle mire iniziano a sfuocarsi: il valore angolare segnato all'inizio dello sfuocamento (meno quello iniziale) è quello in cui non c'è influenza accomodativa e, perciò, la convergenza sarà solamente fusionale.

Quando con la convergenza fusionale e accomodativa insieme si raggiunge l'angolo di sdoppiamento, si prova a tornare indietro con i tubi (cioè diminuire sempre più la convergenza) sintanto che il paziente non troverà nuovamente a sovrapporre le immagini delle figure, l'angolo a cui avverrà la sovrapposizione è detto "punto di recupero".

Esempio:

convergenza + 30/+ 4, sta a significare che si ha una convergenza di 30° con un punto di recupero a + 4°.

Nota: il valore medio normale della convergenza fusionale è di + 12°.

Divergenza fusionale: è la rotazione degli occhi verso l'esterno (verso le tempie) allo scopo di seguire bifoveolarmente l'immagine di un oggetto-mira che viene, aploscopicamente, fatta arrivare agli occhi come proveniente dallo spazio virtuale. Tecnicamente questa azione è realizzata muovendo i tubi del sinottoforo verso il viso del paziente e ciò è come provocare un effetto prismatico con i prismi a base nasale.

Dal punto di vista della misurazione si procede come per la convergenza tenendo conto, questa volta, che i bracci vanno ruotati nella direzione opposta.

Da ricordare che, mentre nella convergenza entra in giuoco l'accomodazione positiva, nella divergenza ciò non è possibile se il paziente non è un soggetto ipermetrope non corretto ; si arriva così a stabilire che la divergenza è solo fusionale e nel suo accertamento non si avranno gli sfuocamenti delle immagini, ma solo gli sdoppiamenti.

Nota: il valore medio della divergenza fusionale è di circa -6° .

Ipervergenza positiva (verticale): è un movimento disgiuntivo degli occhi nel senso verticale mentre la visione è ancora mantenuta singola.

Trattandosi del tipo positivo , convenzionalmente è inteso che il movimento disgiuntivo sia compiuto dall'occhio destro verso l'alto e relativamente all'occhio sinistro, ciò implica che il movimento possa essere fatto anche dall'occhio sinistro verso il basso relativamente all'occhio destro , senza che il concetto cambi.

Il tipo di lastrine da usare è quello con figure simili, però il valore angolare prima della dissociazione è tanto più alto quanto più, entro certi limiti , è lento il movimento disgiuntivo..

Nota: il valore medio normale della ipervergenza è circa 3° .

Ipervergenza negativa (verticale): come per il tipo positivo anche questo è un movimento disgiuntivo degli occhi nel senso verticale mentre la visione è ancora mantenuta singola.

Trattandosi però del tipo negativo è inteso che il movi-

mento disgiuntivo sia compiuto dall'occhio destro e verso il basso relativamente all'occhio sinistro ; ciò implica, come nel caso precedente , che il movimento possa essere fatto anche dall'occhio sinistro verso l'alto relativamente all'occhio destro senza che il concetto cambi. Il tipo di lastrine da usare sarà anche qui quello con figure simili è il valore trovato sarà influenzato dalla prova.
Nota: il valore medio normale della iprvergenza negativa è di circa 3°.

Ciclovergenza fusionale: è un movimento disgiuntivo degli occhi facendoli ruotare sull'asse anteroposteriore. Viene denominata inciclovergenza quando la parte alta del limbus ruota all'interno (verso il naso), exociclovergenza quando invece la stessa parte ruota verso l'esterno (tempialmente). È una condizione che si trova più facilmente nei soggetti astigmatici e nelle ipertropie paretiche.

Determinazione: si usano lastrine con figure verticali tipo i due campanili o le due fessure da post-immagine. Si pongono ambedue le fessure delle lastrine in senso orizzontale , dopodichè se ne sposta una in alto per creare uno sdoppiamento e ciò viene fatto con la manopola . Ottenuta la diplopia , tramite la manopola si renderanno parallele le due strisce; ciò fatto si controlla sulla scala il numero segnato e questo è il valore della cicloforia (sull'altro tubo la taratura è fatta sullo zero); se l'indice segna nella parte bassa della scala saremo di fronte ad una EXO, saremo invece di fronte ad una IN se l'indice segnerà nella parte superiore della scala.

Per quanto riguarda il controllo delle ampiezze fusionali la tecnica è diversa: le due fessure sono poste entrambe nel senso verticale oppure orizzontale, dopo che si è ottenuta la fusione delle due immagini in un'unica striscia, si inizia a ruotare la manopola sintanto che il paziente inizierà a vedere la separazione dell'immagine alle sue estremità. La posizione dell'indice sulla scala graduata, indicherà il valore della ciclovergenza.

Nei casi in cui si hanno delle paresi verticali, le ciclovergenze dovranno essere misurate per un occhio e poi

per l'altro; i valori, infatti, possono essere diversi e assumere una certa importanza diagnostica.

Nota conclusiva sulle vergenze

È noto il fatto che, più piccola è la figura, minore sarà l'ampiezza fusionale mentre, viceversa, più grande è la figura, maggiore sarà l'ampiezza. Tutto ciò porta alla convergenza che le parti centrali della figura saranno viste separarsi prima di quelle periferiche, evidenziando parte della Disparità di fissazione. Da quanto detto deriva che:

- a) l'ampiezza della fusione foveolare si misura con le lastre aventi figure di grandezza foveolare;
- b) l'ampiezza della fusione maculare si misura con lastre maculari (questa è la condizione che si verifica più spesso);
- c) l'ampiezza della fusione paramaculare si misura con lastre aventi figure paramaculari.

STABILITÀ BINOCULARE (accomodazione relativa, positiva e negativa)

È la condizione per la quale si può far variare l'accomodazione (in più o in meno) mantenendo una convergenza fissa. L'analisi di questa condizione è estremamente utile quando si deve prescrivere la correzione ottica di un vizio rifrattivo senza produrre effetti disturbanti sulle vergenze. La stabilità binoculare è sicuramente la capacità fusionale più difficile da ottenere a causa dei precisi requisiti di non soppressione richiesti; infatti, per una buona stabilità binoculare è essenziale la mancanza completa della soppressione anche foveolare.

È intuibile perciò come un paziente avente un'ametropia, sia impossibilitato ad ottenere una buona stabilità binoculare se non riesce a dissociare le vergenze dalle quantità accomodative. Se questa dissociazione non è estremamente facile, il paziente può avere una regolare stabilità binoculare quando porta la sua correzione ottica e non averla più quando non porta la correzione, o viceversa.

ESAME AL SINOTTOFORO

Utilizzare lastrina aventi figure con controlli sia foveolari che maculari. Il paziente porterà la sua correzione (qualunque sia l'ametropia). I tubi vengono posti nella posizione di zero (cioè senza produrre effetti di convergenza o divergenza). Con i tubi posti in questa posizione, si chiede al paziente di sovrapporre volontariamente (sforzandosi o rilassandosi) le due immagini in modo da vederne una sola come risultato della fusione. Nel caso che il paziente sia impossibilitato ad ottenere la sovrapposizione, si porteranno i tubi ad una inclinazione di $+5^\circ$, ciò fatto si chiederà nuovamente al paziente di produrre la sovrapposizione e si procederà con l'aumentare l'angolo sintanto che la sovrapposizione sarà ottenuta. Una cosa che dovrà essere sempre tenuta presente è quella di non convergere i tubi dello strumento più del minimo necessario. E' chiaro che nei casi in cui vi è deviazione tempiale, il procedimento ora descritto si applicherà con le stesse modalità procedurali salvo il fatto che questa volta si cercherà di ottenere la sovrapposizione ad un angolo di minima divergenza. Constatata la presenza di una normale fusione, si mettono davanti agli occhi (nell'apposito portalenti) lenti sferiche di $-0,50$ D e si controlla se è ancora mantenuta fusione e visione nitida. Se ciò avviene regolarmente si sostituisce la lente con una di $-1,00$ D controllando continuamente la condizione e così facendo si andrà avanti aumentando ogni volta di $-0,50$ D sintanto che riusciremo ad ottenere una delle seguenti soluzioni:

a) si sfuoca la visione (l'immagine della mira è vista sfuocata)

b) si ottiene diplopia (le immagine si separano).

Il verificarsi di una delle due condizioni menzionate misura la quantità di accomodazione relativa positiva possibile a quel valore fissato di vergenza. Al tempo stesso però, il paziente acquisterà la possibilità di ottenere una fusione volontaria delle immagini, ad un angolo di convergenza minore.

La tecnica appena descritta (di aggiungere lenti negative) si ripeterà in posizioni sempre meno convergenti sintanto, se possibile, che il paziente potrà effettuarla

corretamente con i tubi posti sullo zero.
Questa metodica può essere utilizzata ai fini della riduzione o, addirittura, nei casi favorevoli, della completa eliminazione degli occhiali nei soggetti ipermetropi. Infatti, la possibilità di accettare lenti negative sempre più potenti porta alla neutralizzazione di parte o tutta la correzione di un ipermetrope senza che questi ne abbia degli scompensi a livello di vergenza.

IMPORTANTE EVENTO NEL CAMPO DELLE SCIENZE VISIVE

È USCITO IL

DIZIONARIO DELLE SCIENZE OTTICHE E OFTALMICHE

di Sergio Villani

Questo annuncio è rivolto soprattutto ai professionisti e agli studenti che si interessano di ottica, ortottica, optometria e oftalmologia.

Il Dizionario delle Scienze Ottiche e Oftalmiche vede la luce dopo oltre quarant'anni dalla prima stesura di un piccolo vocabolario di circa cinquanta pagine che, all'epoca, venne commissionato al Prof. Sergio Villani dalla Fondazione Ignazio Porro per gli studenti dei corsi di ottica e optometria.

Il Prof. Vasco Ronchi, al momento della presentazione di quel primo dizionario, annunciò che di lì a qualche anno avrebbe fatto seguito un nuovo, più ampio, volume redatto in stesura definitiva. Di anni, in realtà, ne sono passati parecchi, ma la promessa fatta a suo tempo dal Maestro doveva essere mantenuta a tutti i costi.

Ecco quindi l'uscita di questa prima edizione nazionale, di complessive 672 pagine, corredata da figure e disegni, contenente decine di migliaia di vocaboli.

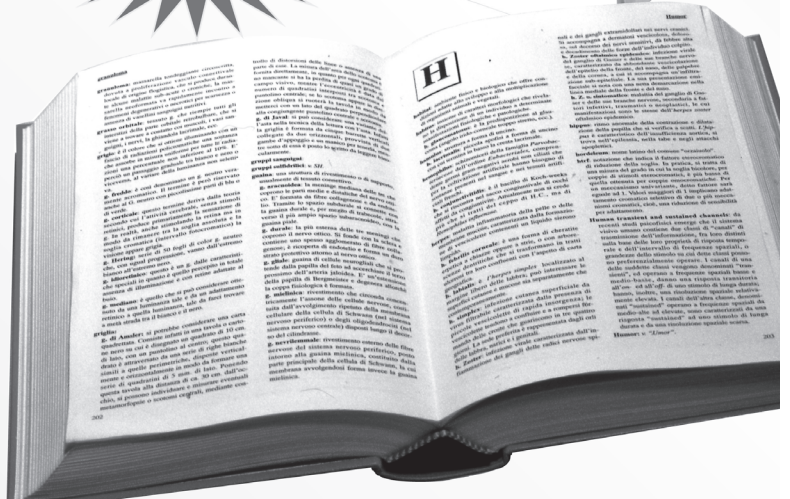
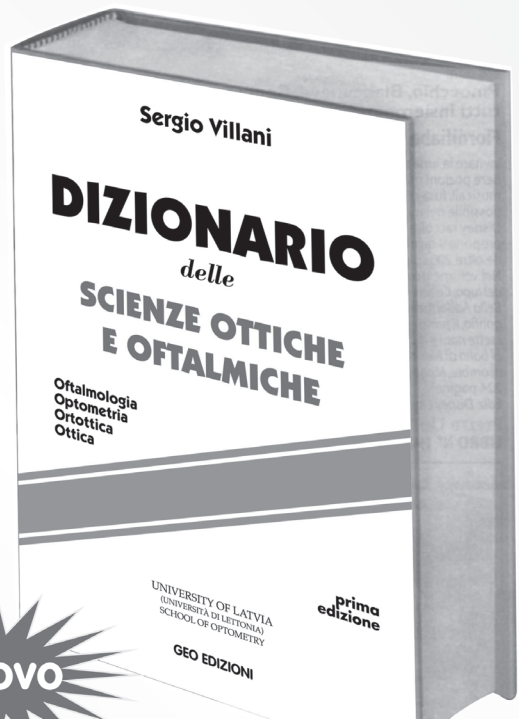
Il Dizionario è uno strumento pratico e di facile consultazione, ogni qualvolta si renda necessario acquisire conoscenza e padronanza del significato di termini che quotidianamente si incontrano nella pratica e nello studio delle scienze visive.

Un altro motivo per il quale questo dizionario non potrà mancare nella biblioteca di tutti coloro che si interessano alle Scienze Ottiche e Oftalmiche è che, trattandosi di una prima edizione italiana, in virtù della sua unicità acquisterà valore anche come oggetto di interesse storico.

Il Dizionario delle Scienze Ottiche e Oftalmiche nasce con il plauso delle Associazioni e Federazioni nazionali del settore le quali hanno manifestato vivo interesse per un'opera di questo genere.

Il prezzo al pubblico in libreria del Dizionario delle Scienze Ottiche e Oftalmiche è di 95,00 euro.

UN VOLUME
CHE NON PUÒ MANCARE
NELLA BIBLIOTECA
DEL PROFESSIONISTA
E DELLO STUDENTE





Corso di ortocheratologia

a cura di Sergio Prezzi

Nel video allegato alla rivista l'optometrista Sergio Prezzi presenta una introduzione con le variazioni corneali che avvengono grazie all'uso delle lenti ortoK presentato al congresso internazionale di optometria pediatrica a Mosca a Novembre 2010.

Il corso consiste nel confronto tra due metodi di calcolo delle lenti ortoK, l'obiettivo è quello di far ragionare circa la possibilità di scegliere tra diversi metodi di calcolo e di progettazione.

In particolare si pone l'accento circa la possibilità di poter fare modifiche consapevoli come ad esempio:

la scelta del diametro della lente

la scelta del diametro della zona ottica da trattare

la durata del trattamento

l'attenuazione della percezione degli aloni

mentre nei progetti fatti dalle aziende non vengono spiegate queste specifiche e quindi l'ottico non conosce praticamente nulla.

Ovviamente anche le lenti progettate da soft wear evoluti hanno i loro pregi, e quindi si tratta di capire quando sia più utile progettare in proprio anziché affidarsi alla sola azienda produttrice.

DSA: disturbi specifici dell'apprendimento.

Con la sigla DSA si intendono i disturbi specifici dell'apprendimento, che comprendono: dislessia, discalculia, disortografia, disnumeria alessia ecc.

Nel mondo anglo sassone, la figura dell'optometrista è sempre stata coinvolta sia nella valutazione che nella rieducazione dei DSA. In Italia è solo da pochi anni che viene riconosciuta una certa importanza all'aspetto visivo dei DSA e quindi anche l'optometrista è stato convocato alla Consensus Conference di Motecatini per quello che è stato l'evento che ha definito quali siano i professionisti che possono agire in sintonia tra loro in modo da migliorare le condizioni dei ragazzi affetti da DSA. Questa Conferenza ribadisce alcuni elementi quali la necessità di effettuare una valutazione che escluda la presenza di alterazione del Q.I. o patologie che possano mascherarsi come DSA, successivamente verranno effettuati dei tests che possano determinare in maniera univoca la presenza di una DSA.

Tenuto conto del fatto che in conseguenza di ciò il paziente affetto da un DSA sarà certificato art. 170 in modo da poter avere quei vantaggi previsti dalla legge, che consente l'uso di mezzi compensativi e dispensativi nonché di un insegnante di sostegno e di un PEP programma educativo personalizzato, stilato sui BES bisogni educativi speciali che emergono dai tests, per

evitare che ogni pur piccola difficoltà di apprendimento sia catalogata come DSA l'esaminatore terrà conto solo dei casi che presentino almeno 2 deviazioni standard in almeno due abilità su quattro tra: lettura, comprensione, calcolo, memoria. Per esperienza personale ritengo di poter affermare che in questo modo si considerano normali dei casi che comunque saranno in evidente difficoltà, e proprio in questo spazio possiamo identificare una azione di recupero rieducativo in ambito optometrico, che non trova ostacoli normativi e ci consente di lavorare con risultati eccellenti.

Ovviamente anche nei ragazzi certificati con DSA possiamo lavorare con vantaggio dei piccoli pazienti, tuttavia personalmente preferisco iniziare un trattamento rieducativo solo dopo l'intervento delle altre figure professionali quali ad esempio la logopedista.

Ma ora vediamo assieme quali sono i contenuti della Consensus Conference di Montecatini:

CONSENSUS CONFERENCE DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

*Raccomandazioni per la pratica clinica
definite con il metodo della Consensus Conference*

Montecatini Terme, 22-23 settembre 2006
Milano, 26 gennaio 2007

ENTE PROMOTORE
Associazione Italiana Dislessia

COMITATO PROMOTORE (AID)
Mario Marchiori (coordinatore), Roberto Iozzino, Enrico Savelli, Cristiano Termine, Claudio Turello.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ASSOCIAZIONI
partecipanti alla sessione scientifica della Consensus Conference (Montecatini Terme): Associazione italiana pediatri (ACP); Associazione federativa nazionale ot-

tici optometristi (AFNOO); Associazione italiana ortottisti assistenti in oftalmologia (AIOOrAO); Associazione italiana per la ricerca e l'intervento nella psicopatologia dell'apprendimento (AIRIPA); Associazione italiana tecnici audiometristi (AITA); Associazione nazionale unitaria psicomotricisti italiani (ANUPI); Federazione logopedisti italiani (FLI); Società italiana di neuro-psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA); Società scientifica logopedisti italiani (SSLI); Società Uditore: Società Italiana di Audiologia e Foniatria (SIAF)

Abstract: i disturbi specifici dell'apprendimento DSA trovano nella Consensus Conference di Montecatini il modo di definire chi può identificare i DSA e chi successivamente prende in carico il paziente affetto da DSA, l'optometrista è una figura importante ai fini rieducativi ed i nostri rappresentanti si sono impegnati a segnalare i casi individuati a quei professionisti abilitati alla diagnosi.

Parole chiave: DSA, Consensus Conference, comorbidità, ruolo dell'optometrista.

(Seconda parte. Segue da rivista AIOC n.3-2012)

COMORBILITÀ

La pratica clinica evidenzia un'alta presenza di comorbidità sia fra disturbi specifici dell'apprendimento sia con altre condizioni cliniche quali disprassie, disturbi del comportamento e dell'umore, ADHD, disturbi d'ansia, ecc. Allo stato attuale delle conoscenze la comorbidità nelle due condizioni descritte va intesa come una co-occorrenza, definita come contemporaneità o concomitanza della presenza di più disturbi in assenza di una relazione tra loro di tipo causale o monopatogenetica. Pertanto anche la compresenza di disturbi specifici dell'apprendimento (ad esempio, dislessia e disortografia) non va necessariamente intesa come

espressione diversa di un unico fattore patogenetico. Un'ulteriore considerazione va formulata sulle manifestazioni psicopatologiche in presenza di disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento: la comorbidità può essere sia espressione di una co-occorrenza sia la conseguenza dell'esperienza [vissuto] del disturbo. Il clinico pertanto, data la rilevanza diagnostica e terapeutica, deve operare un diagnosi differenziale fra le due condizioni. La riflessione non riguarda l'associazione della psicopatologia con disturbi dell'apprendimento, e viceversa, condizione peraltro esclusa dall'esame di questa Conferenza. La Consensus Conference raccomanda fortemente, in ogni processo valutativo e diagnostico di uno specifico DSA, di ricercare la presenza di altri disturbi frequentemente co-occorrenti (altri disturbi specifici di apprendimento, ansia, depressione, disturbi del comportamento, ADHD, disprassie, ecc.). La raccomandazione intende proporre un percorso diagnostico solo per quei disturbi che il clinico suppone presenti in base alla raccolta anamnestica (personale e contestuale-ambientale) e agli esami strumentali eseguiti.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO E INTERVENTI COMPENSATIVI

Presa in carico

Si definisce "presa in carico" il processo integrato e continuativo attraverso cui deve essere garantito il governo coordinato degli interventi per favorire la riduzione del disturbo, l'inserimento scolastico, sociale e lavorativo dell'individuo, orientato al più completo sviluppo delle sue potenzialità. Nello specifico dei DSA lo scopo della presa in carico è modificare in senso positivo i diversi tipi di prognosi discussi in precedenza.

Riabilitazione

La "Riabilitazione" è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile

sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle scelte operative” (LG Riabilitazione Nazionali GU 124 30/05/98 Ministero Sanità). La riabilitazione si pone come obiettivi:

- a) la promozione dello sviluppo di una competenza non comparsa, rallentata o atipica;
- b) il recupero di una competenza funzionale che per ragioni patologiche è andata perduta;
- c) la possibilità di reperire formule facilitanti e/o alternative.

Abilitazione

“L’Abilitazione” è l’insieme degli interventi volti a favorire l’acquisizione ed il normale sviluppo e potenziamento di una funzione. Riferita ai disturbi di DSA, nella definizione di questo concetto si è presa, come base di partenza, la definizione della I^a Conferenza Nazionale delle Politiche dell’Handicap, Commissione presa in carico e riabilitazione, 1999 – Roma apprendimento (difficoltà di lettura, scrittura e calcolo) può essere intesa sia come un insieme di interventi di carattere clinico che pedagogico in senso lato.

Trattamento

Si definisce “Trattamento” l’insieme delle azioni dirette ad aumentare l’efficienza di un processo alterato. E’ gestito da un professionista sanitario, ha caratteristiche di specificità sia per gli obiettivi a cui si indirizza, sia per le caratteristiche metodologiche e le modalità di erogazione.

Presa in carico e obiettivi del Piano di Intervento

La gestione dei Disturbi specifici di apprendimento, necessita di una presa in carico. All’interno di questa viene attuato il progetto riabilitativo. Ogni passo di questo progetto si compie secondo modalità di relazione tra professionisti della salute e famiglia guidate da principi di chiarezza, trasparenza e coinvolgimento.

Programma Riabilitativo

All’interno del progetto riabilitativo, il programma ria-

abilitativo definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti e la verifica degli interventi, in particolare:

- a) definisce le modalità della presa in carico da parte della struttura riabilitativa;
- b) definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- c) individua ed include gli obiettivi da raggiungere previsti nel programma e li aggiorna nel tempo;
- d) definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- e) definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- f) individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- g) viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- h) costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

Precocità del trattamento

Nonostante sia prematuro fare diagnosi conclamata di dislessia, disgrafia prima della seconda primaria e discalculia prima della terza primaria, è possibile, già alla fine della I elementare o all'inizio della seconda elementare porre il forte sospetto diagnostico di rischio di DSA. In questo caso è utile mettere in atto tutte quelle procedure che siano utili a ridurre le difficoltà riscontrate.

Indicazioni generali sul trattamento

Il trattamento si deve basare su un modello chiaro e su evidenze scientifiche. Si ritiene che un trattamento efficace sia un trattamento che migliora l'evoluzione del processo più della sua evoluzione naturale attesa. Il trattamento va regolato sulla base dell'effettiva efficacia dimostrabile. Deve essere erogato quanto più

precocemente possibile tenendo conto del profilo scaturito dalla diagnosi. Il trattamento va interrotto quando, il suo effetto non sposta la prognosi naturale del disturbo.

Metodi e modalità di trattamento

Per quanto riguarda il trattamento della dislessia, dalle evidenze attualmente disponibili emerge che i trattamenti più efficaci sembrano essere quelli mirati al recupero della correttezza e della automatizzazione del riconoscimento delle parole. Molto scarse sono invece le evidenze sull'efficacia di metodi per il recupero degli altri disturbi di apprendimento. Non si è in grado di esprimere un consenso sulla generalizzazione di tali risultati.

Gli Strumenti Compensativi Fanno parte dell'abilitazione. Sulla base della diagnosi, della presa in carico e del progetto riabilitativo si decideranno quando e come usare gli strumenti compensativi.

AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA

I Giudici partecipanti alla Consensus Conference, in considerazione alle problematiche non compiutamente trattate e alla produzione continua di nuove evidenze scientifiche, deliberano la costituzione di un gruppo interassociativo ed interdisciplinare di aggiornamento delle linee guida definite dalla Conferenza. Il gruppo sarà rivolto anche a Parti non rappresentate in questa sede ed inizierà il suo lavoro dopo la Sessione Pubblica.

Il contributo degli optometristi italiani alla Consensus Conference sui Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) di Silvio Maffioletti, Ottavio Segantin e Andrea Rattaro quali membri della Giuria di esperti alla Consensus Conference sui DSA in rappresentanza dell'Albo degli Optometristi-Federottica

Il lungo e impegnativo lavoro della Consensus Conference sui Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), che l'Associazione Italiana Dislessia ha promosso

e sostenuto con un rilevante sforzo organizzativo e scientifico, è approdato al suo positivo epilogo. E' un risultato importante, che è stato raggiunto il 22 e 23 settembre 2006 a Montecatini ed è stato illustrato pubblicamente il 26 gennaio 2007 a Milano.

I delegati delle Società scientifiche e delle Associazioni presenti a Montecatini hanno discusso e approvato le linee guida, che ora costituiscono un autorevole 'vademecum' per i tecnici e gli operatori che ogni giorno valutano e assistono bambini con DSA e che costituiscono un punto di partenza condiviso dal quale procedere nello studio, nella discussione e nella futura approvazione di nuove procedure multidisciplinari e chiari percorsi clinici comuni. Il documento finale con le linee guida ha sintetizzato le oltre 700 pagine di riflessioni, analisi e approfondimenti che avevano impegnato, nei mesi precedenti, il Comitato promotore e i rappresentanti di Associazioni e Società scientifiche coinvolte, in varie modalità, nel problema. L'attenzione e l'apprezzamento che i rappresentanti dell'Albo degli Optometristi-Federottica hanno ricevuto durante i lavori della Consensus Conference sui Disturbi Specifici di Apprendimento rappresentano un significativo riconoscimento della rilevanza sociale che oggi viene attribuita alla professione optometrica e confermano la qualità del cammino di crescita compiuto negli ultimi anni, che apre ora nuove e stimolanti prospettive scientifiche e professionali.

La Consensus Conference, attraverso le linee guida, ha raggiunto un risultato concreto, chiaro, unanimemente condiviso dalle dieci Associazioni e Società scientifiche che hanno sottoscritto il documento, ponendo le premesse per una fruttuosa attività multidisciplinare. Un risultato importante, frutto del lungo e impegnativo lavoro svolto con intelligenza e caparbietà dal Comitato promotore della CC. Le finalità che l'AID, all'atto della costituzione della Consensus Conference sui DSA, aveva indicato al Comitato promotore e alla Giuria di esperti erano rivolte a:

- Precisare gli strumenti di indagine diagnostica.
- Individuare con precisione il quadro epidemiologico.

- Definire i segni precoci.
- Delineare (superando le divergenze fra le diverse scuole di pensiero) il corso evolutivo e la prognosi.

Organizzando al CC, l'AID intendeva approdare a un documento unico e multidisciplinare sui problemi del linguaggio, della scrittura e dell'apprendimento quali dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia. Un documento redatto con criteri scientifici e capace di rispondere concretamente alle difficoltà dei genitori dei bambini con DSA, alle prese con la scarsa informazione riguardante tali disturbi e con le difficoltà pratiche di trovare le modalità più adeguate per aiutare i figli sia nella fase degli accertamenti diagnostici, sia durante l'attività scolastica.

Nell'organizzazione della Consensus Conference di Montecatini l'AID si è riferita alla linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, che delineano le CC come uno strumento che favorisce un processo di consultazione multiprofessionale e interdisciplinare attraverso una metodologia che si basa sulla valutazione trasparente, esplicita e condivisa delle evidenze scientifiche e cliniche esistenti.

La scelta di organizzare una Consensus Conference è stata compiuta dall'AID nel 2005, con l'auspicio di stimolare un dialogo costruttivo tra gli esperti del settore che permettesse di affrontare nel modo migliore il delicato tema dei DSA. Alla Consensus Conference sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento sono state invitate le Società scientifiche e le Associazioni coinvolte nell'individuazione, nella valutazione e nella presa in carico diagnostico-riabilitativa di bambini e adolescenti con disturbi specifici di apprendimento. La pianificazione e la conduzione della Consensus Conference sui DSA ha poggato principalmente su due organismi:

- Il Comitato promotore
- La Giuria di esperti

Il Comitato promotore

Il Comitato promotore, di cinque persone, è stato nominato nel 2005 dall'AID (Ente promotore della Consensus Conference) che ha scelto Mario Marchiori

(psicologo, coordinatore del Comitato promotore), Roberto Iozzino (psicologo), Enrico Savelli (psicologo), Cristiano Termine (neuropsichiatra infantile) e Claudio Turello (logopedista). Al Comitato promotore è stata demandata l'organizzazione scientifica della CC e la predisposizione dei documenti preparatori. Il suo primo atto è consistito nell'identificazione delle principali Associazioni e Società scientifiche nazionali competenti nel campo specifico dei DSA; il Comitato promotore le ha individuate e ha inviato loro gli inviti alla CC richiedendo i nominativi dei Giudici che le avrebbero rappresentate a Montecatini. All'inizio del 2006 il Comitato promotore ha esaminato le tre linee guida già esistenti, che erano state realizzate dall'Associazione Italiana Dislessia (2000), dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2004) e dall'Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento (2005). Le ha analizzate disponendole in parallelo, provvedendo a un'analisi comparata dei documenti e realizzandone una sintesi che è stata inviata ai membri della Giuria di esperti che, dopo aver consultato le proprie Società e Associazioni, hanno presentato numerose annotazioni, proposte e richieste di chiarimento che il Comitato promotore, nel periodo marzo-maggio 2006, ha inserito nel documento come nuovi argomenti di discussione; nel serrato confronto, vari punti di vista hanno potuto trovare una sintesi (altri argomenti non hanno invece trovato un comune sentire e non sono entrati nel documento) e si è così pervenuti a un documento che, più volte modificato e integrato, è stato fornito ai Giudici stessi.

Per meglio approfondire gli argomenti, il documento è stato suddiviso dal Comitato promotore in cinque aree tematiche:

- Definizione, criteri diagnostici e eziologia dei disturbi specifici dell'apprendimento
- Procedure e strumenti dell'indagine diagnostica
- Segni precoci, corso evolutivo e prognosi
- Epidemiologia e comorbidità
- Trattamento riabilitativo

La Giuria di esperti

La Giuria di esperti di trentuno persone, definita secondo le indicazioni del Comitato promotore, era formata dai rappresentanti delle Società e delle Associazioni scientifiche che hanno partecipato alla Consensus Conference: Ghidoni Enrico, Lonciari Isabella, Lopez Luisa, Profumo Enrico, Stella Giacomo (Associazione Italiana Dislessia); Zanetto Federica (Associazione Culturale Pediatri); Rattaro Andrea, Maffioletti Silvio, Segantin Ottavio (Albo degli Optometristi-Federottica); Caretta Roberta, De Matheis Maria Pia, Ferrara Rosa (Associazione Italiana Tecnici Audiometristi); Drago Dilva, Menegotti Alessia, Vigneux François (Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in Oftalmologia); Ambrosini Claudio, Laureti Livia, Savini Paola Marini (Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti Italiani); Lucangeli Daniela, Tressoldi Patrizio, Vio Claudio (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento); Chiarenza Giuseppe, Penge Roberta, Ruggerini Ciro, Sechi Enzo (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza); De Cagno Giulia Anna, Marotta Luigi, Rossetto Tiziana (Federazione Logopedisti Italiani); Breda Laura, Mariani Enrica, Pieretti Manuela (Società Scientifica Logopedisti Italiani). Giorgio Tamburlini, Direttore Scientifico dell'Ospedale Infantile IRCCS Burlo Garofalo di Trieste, è stato nominato Giudice super partes (external operational auditor) e ha ricevuto l'incarico di avallare scientificamente le procedure seguite nella Consensus Conference.

L'importanza della funzione visiva

Nella fase preliminare l'Albo degli Optometristi-Federottica ha contribuito al confronto con un documento scritto redatto da Alberto Benzoni, Silvio Maffioletti e Paolo Tacconella e inoltrato all'AID nell'aprile del 2006, lo scritto precisava che, la relazione tra visione e apprendimento trova la sua collocazione solo se viene correttamente definita la visione e se viene descritto con precisione il processo visivo. In termini assoluta-

mente riduttivi la visione è a volte ricondotta soltanto all'acuità visiva a distanza; quest'ultima è l'abilità di discriminare e definire piccoli ottotipi (lettere, numeri o simboli) a 3 oppure 5 metri, rappresenta il test visivo più noto e, generalmente, viene effettuato ai bambini nel corso degli screening scolastici. Chi manifesta una prestazione scadente al test di acuità visiva a distanza presenta, perlopiù, un problema refrattivo di tipo miopico e/o astigmatico, ovvero una condizione visiva che non è correlata con i DSA. I disturbi della lettura sono invece ampiamente correlati con l'ipermetropia, una condizione refrattiva che, nella gran parte dei casi, non riduce l'acuità visiva a distanza dei bambini. La relazione esistente tra acuità visiva a distanza e disturbi della lettura è quindi curiosamente inversa: il bambino che ha una ridotta acuità visiva a distanza ha minori probabilità di presentare difficoltà di apprendimento. Nei Corsi di Laurea in Ottica e Optometria che sono attivi in Italia riteniamo opportuno riferirci a quanto proposto dalle due più grandi organizzazioni optometriche americane, che hanno classificato i problemi visivi riferendoli a tre diverse aree:

quella della condizione oculare (salute oculare, stato refrattivo e acuità visiva),

quella dell'efficienza visiva (abilità oculomotorie, accomodative e binoculari) e

quella della percezione visiva (abilità visuo-spaziali, di analisi visiva e di integrazione sensoriale).

In questo contesto l'acuità visiva si qualifica quindi come uno degli aspetti di quel complesso, variegato e raffinato processo percettivo denominato visione. Riteniamo che, in termini più estesi, il concetto di visione debba essere allargato e riferito a tutte le varie e complesse abilità visive di ordine oculare, funzionale e percettivo; soltanto così è possibile cogliere appieno l'importanza che la funzione visiva riveste nell'ambito dei processi di apprendimento. Le abilità visive, inserite in accreditati modelli di lettura, hanno infatti un ruolo di primo piano nell'ambito delle attività di apprendimento: ad eccezione del Braille, nessuna forma di lettura è infatti possibile prescindendo dall'informazione visiva.

Il documento, nella parte finale, ha sottolineato l'importanza di un accurato esame visivo che, accanto alle altre verifiche multidisciplinari, consenta allo specialista delle psicopatologie dell'apprendimento (neuropsichiatra infantile oppure psicologo) di completare la propria valutazione e poter procedere con l'opportuno approccio terapeutico. Nella valutazione del bambino con DSA, l'esame visivo tradizionale non è sufficiente a mettere in luce i deficit visivi che hanno mostrato una correlazione col disturbo d'apprendimento. L'esame della funzione visiva dovrebbe invece essere esteso e comprendere tutte le componenti del processo visivo (refrattive, funzionali e percettive). Le informazioni ottenute dall'esame visuo-percettivo concorrono al completamento del profilo neuropsicologico del bambino e permettono allo specialista delle psicopatologie dell'apprendimento di avere un quadro clinico più completo e di poter quindi programmare il percorso riabilitativo più efficace e razionale per il caso in esame. La nostra proposta operativa è quella di scegliere, definire e descrivere le procedure dei test più adeguati alla verifica delle abilità visive, inserendoli nel protocollo diagnostico di base dei disturbi specifici dell'apprendimento.

La rappresentanza dell'Albo degli Optometristi-Federottica alla Consensus Conference di Montecatini è stata affidata a Andrea Rattaro, Silvio Maffioletti e Ottavio Segantini che, nel merito degli aspetti relativi alla visione così come descritti nei documenti preliminari e poi sviluppati nelle discussioni avvenute a Montecatini, hanno condiviso numerosi punti di accordo con le altre professioni ma hanno anche indicato alcuni aspetti discordanti e controversi, che andranno ripresi successivamente. I tre rappresentanti dell'Albo degli Optometristi-Federottica hanno comunque mantenuto un atteggiamento costruttivo e un ruolo propositivo durante tutto lo svolgimento dei lavori di Montecatini, nei quali è stata pienamente e pubblicamente riconosciuta la professionalità degli optometristi italiani. Le giornate di Montecatini (22-23 settembre 2006) si sono aperte con una riunione plenaria preliminare, nella quale il Comi-

tato promotore ha presentato il programma delle giornate e i dettagli delle linee guida proposte. E' seguito il lavoro delle cinque commissioni, nelle quali sono state affrontate le tematiche specifiche già discusse nel documento preliminare: definizione, criteri diagnostici e eziologia dei disturbi specifici dell'apprendimento; procedure e strumenti dell'indagine diagnostica; segni precoci, corso evolutivo e prognosi; epidemiologia e comorbidità; trattamento riabilitativo. Il Comitato promotore ha dedicato particolare cura alla predisposizione e alla tutela del clima sereno e costruttivo nel quale si è lavorato a Montecatini ed è stato attento e puntuale nel definire le regole delle discussioni, che hanno permesso di rimanere centrati sul contenuto e pervenire alla rapida approvazione, quando possibile, di un'opzione condivisa di consenso. La discussione ha completato il lungo confronto preliminare sui documenti (era durato vari mesi) mettendo in risalto la posizione delle Associazioni e Società rappresentate nella CC. Si sono evidenziati numerosi punti di accordo ma anche alcuni aspetti discordanti e controversi. La votazione è stata effettuata solo all'esplicitazione di un dissenso, seguendo la regola del silenzio-assenso. Sono state espresse votazioni a maggioranza qualificata (almeno 2/3 dei delegati) e a maggioranza sostanziale unanimità (almeno il 90% dei delegati).

L'assemblaggio dei contributi espressi da ogni gruppo ha permesso di giungere al documento finale unitario (da sottoporre al consenso dell'assemblea generale) che individuava gli aspetti più qualificanti delle tematiche scelte. Al termine della mattinata del 23 settembre si è svolta la sessione plenaria, nella quale i rappresentanti dei gruppi di lavoro hanno esposto i risultati del confronto avvenuto nei propri gruppi e li hanno sottoposti all'approvazione. Le linee guida, con le modifiche introdotte, sono state messe ai voti e, passo passo, approvate definitivamente. Nel documento unitario finale sono inoltre state approvate anche alcune linee prioritarie per future ricerche multidisciplinari, riguardanti tematiche ancora vivacemente dibattute, controverse, ancora poco esplorate.

Le linee guida

Il documento finale approvato a Montecatini si apre con la chiara definizione dei Disturbi Specifici di Apprendimento. La categoria dei disturbi evolutivi specifici di apprendimento viene convenzionalmente identificata con l'acronimo DSA. Con il termine DSA ci si riferisce ai soli disturbi delle abilità scolastiche:

1. Dislessia
2. Disortografia
3. Disgrafia
4. Discalculia

Le linee guida passano quindi all'analisi dei deficit specifici di lettura, individuandone la tipologia e precisando le modalità di somministrazione degli specifici test. Riguardo ai disturbi specifici di decodifica della lettura i punti generalmente condivisi riguardano:

- 1) La necessità di somministrare prove standardizzate di lettura a più livelli: lettere, parole, non-parole, brano
- 2) La necessità di valutare congiuntamente i due parametri di rapidità/accuratezza nella performance
- 3) La necessità di stabilire una distanza significativa dai valori medi attesi per la classe frequentata dal bambino, convenzionalmente fissata a -2ds dalla media per la rapidità e al di sotto del 5° percentile per l'accuratezza.

E' chiara e convinta l'indicazione di utilizzare prove standardizzate, di prendere in considerazione più di un parametro e di utilizzare criteri di valutazione delle prove che si riferiscano ai valori medi attesi e alla distanza da essi espressa dalla deviazione standard e dai ranghi percentili. Per gli optometristi italiani è una direzione prospettica che, in continuità con quanto espresso recentemente da alcuni autori, li impegna a realizzare una standardizzazione italiana dei principali test optometrici e ad attenersi a una loro attenta valutazione secondo criteri statistici. Un impegno che richiederà anni di impegno, di ricerca, di raccolta e manipolazione statistica di ingenti quantità di dati optometrici, di pubblicazioni specifiche qualificate e caratterizzate da severo rigore scientifico.

Le linee guida continuano descrivendo l'itinerario diagnostico che psicologi e neuropsichiatri infantili, nel corso dell'accertamento, sono chiamati a percorrere. L'accertamento diagnostico di uno specifico disturbo evolutivo dell'apprendimento avviene in due distinte fasi. Nella prima fase si somministrano, insieme alla valutazione del livello intellettuale, quelle prove necessarie per l'accertamento di un disturbo delle abilità comprese nei DSA (decodifica e comprensione in lettura, ortografia e grafia in scrittura, numero e calcolo in aritmetica). Questa fase permette al clinico di formulare o meno una diagnosi provvisoria. Una particolare attenzione deve essere posta nella indagine anamnestica che deve indagare, oltre alle classiche aree di raccolta delle informazioni, lo sviluppo visivo e uditivo. Nella seconda fase vengono disposte quelle indagini cliniche necessarie per la conferma diagnostica mediante l'esclusione della presenza di patologie o anomalie sensoriali, neurologiche, cognitive e di gravi psicopatologie. L'approfondimento del profilo del disturbo è fondamentale per la qualificazione funzionale del disturbo.

Il documento approvato a Montecatini si riferisce allo sviluppo visivo e uditivo sottolineando la particolare importanza che va ad essi rivolta per qualificare funzionalmente il disturbo specifico dell'apprendimento. L'optometrista ha un ruolo importante in quanto, attraverso un accurato esame visivo che prenda in considerazione gli aspetti rifrattivi, accomodativi, binoculari e oculomotori, deve fornire ai responsabili della valutazione (psicologi e neuropsichiatri infantili) un profilo delle abilità visive che permetta loro di differenziare un vero DSA da un disturbo che invece abbia una componente primaria o comunque significativa in ambito visivo.

Un ruolo quindi assai delicato e rilevante. Successivamente il documento sottolinea l'importanza, da parte di tutti i professionisti chiamati a valutare specifiche aree, di redigere un referto scritto. Il professionista sanitario redige un referto scritto sulla valutazione attuata, indicando il motivo d'invio, i risultati delle prove sommini-

strate ed il giudizio clinico sui dati riportati.

Redigere un referto scritto è una prassi ineludibile per riuscire a comunicare correttamente e con efficacia nell'ambito dell'attività multidisciplinare. Lo schema del referto scritto e la sua gestione andranno opportunamente uniformate per portare gli optometristi italiani, indipendentemente dall'area territoriale nella quale si trovano a operare, verso una valutazione dei test e un linguaggio comune.

Le linee guida pongono anche l'accento sul ruolo e sulle responsabilità che gli insegnanti e le autorità scolastiche, attraverso l'osservazione del comportamento del bambino e alcuni specifici screening scolastici mirati, sono chiamati ad assumere. Gli screening degli indicatori di rischio andrebbero condotti dagli insegnanti con la consulenza di professionisti della salute. L'obiettivo è di mettere gli insegnanti in condizioni di riconoscere gli indicatori di rischio e di favorire in modo ottimale lo sviluppo delle competenze implicate nell'apprendimento della letto-scrittura e del calcolo. Gli screening andrebbero condotti all'inizio dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia con l'obiettivo di realizzare attività didattiche-pedagogiche mirate. Qualora, nonostante un'attività didattica mirata, alla fine dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia permangano significativi segnali di rischio è opportuna la segnalazione ai servizi sanitari per l'età evolutiva. Gli screening mirati alla rilevazioni di condizioni cliniche specifiche (ad esempio visive e uditive) vanno invece condotti dai professionisti del settore.

Gli screening scolastici riguardanti le condizioni visive dei bambini, necessari per permettere di evidenziare deficit visivi e anomalie visive altrimenti difficilmente riconoscibili, potranno presto tornare a essere un ambito di impegno specifico, utile e con elevata rilevanza sociale.

Il contributo dell'Albo degli Optometristi alla Consensus Conference Silvio Maffioletti, Ottavio Segantin e Andrea Rattaro (rappresentanti dell'Albo degli Optometristi-Federottica alla Consensus Conference) hanno sottolineato che gli optometristi italiani devono cono-

scere i DSA per essere in grado di inviare rapidamente da uno specialista delle psicopatologie dell'apprendimento i bambini che, in assenza di problemi visivi, manifestano difficoltà scolastiche di vario tipo. Inoltre hanno ribadito a Montecatini la piena accettazione dell'impostazione multidisciplinare: le informazioni ottenute dall'esame visivo (e dagli altri esami funzionali dell'udito, del linguaggio, delle capacità cognitive, ...) concorrono a completare il profilo neuropsicologico del bambino e vanno sempre riferite allo specialista delle psicopatologie dell'apprendimento.

Tale impostazione costituisce la premessa ineludibile alla corretta partecipazione allo spirito della CC e al lavoro sul territorio. Chi si porrà al di fuori di tale approccio, hanno ribadito i delegati dell'Albo degli Optometristi-Federottica, si autoescluderà dall'impostazione di lavoro della comunità scientifica italiana nell'ambito dei DSA.

La partecipazione dei rappresentanti dell'Albo degli Optometristi-Federottica ai lavori della Consensus Conference ha confermato la continuità di un cammino ormai lungo e solido, aperto nel 1981 dal numero speciale dedicato al tema 'La visione e il bambino' dalla Rivista Italiana di Optometria.

Da allora, anno dopo anno, l'interesse per l'argomento è cresciuto e si è consolidato attraverso articoli scientifici, libri e congressi. Recentemente l'istituzione in Italia dei Corsi di Laurea in Ottica e Optometria ha inoltre portato vari studenti laureandi a svolgere il loro tirocinio di fine corso presso Enti e istituzioni che si occupano dei DSA. Dopo la Consensus Conference Le conclusioni della CC di Montecatini sono state rese pubbliche il 26 gennaio 2007 a Milano, dove è stato presentato il documento con le linee guida relative alla valutazione, alla diagnosi e ai percorsi riabilitativi per i bambini affetti da DSA. Alcuni aspetti delle linee guida approvate a Montecatini sono oggi per gli optometristi italiani un punto di riferimento e uno stimolo a raffinare ancor più le proprie competenze.

Le linee guida richiamano la necessità di rivedere e aggiornare la testistica optometrica, al fine di usare

esclusivamente test attendibili e validi. Si raccomanda, come già indicato nei criteri diagnostici di inclusione, che la scelta degli strumenti di valutazione rispetti le seguenti caratteristiche:

- Adeguata rappresentazione della popolazione di riferimento (numero dei soggetti del campione, loro stratificazione in base alle caratteristiche socio-culturali, se importanti);
- Aggiornamento delle norme;
- Presenza di indici psicometrici di attendibilità e validità.

Queste caratteristiche non devono essere presenti solo negli strumenti di valutazione delle funzioni cognitive, ma anche in quelli per la valutazione delle condizioni emotive, relazionali, comportamentali e di personalità. La positiva conclusione della Consensus Conference di Montecatini ha ribadito la necessità di un impegno multidisciplinare nell'ambito della verifica dei bambini con difficoltà di apprendimento; il contributo specifico delle singole professioni è indispensabile al raggiungimento di risultati efficaci e tempestivi. La valutazione delle componenti dell'apprendimento si approfondisce e si amplia ad altre abilità fondamentali o complementari (linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive, mnestiche), ai fattori ambientali e alle condizioni emotive e relazionali per una presa in carico globale.

Per gli optometristi, come per gli altri professionisti che si occupano di soggetti con DSA, la CC ha definitivamente confermato che l'unica strada percorribile è quella dell'integrazione multidisciplinare: la valutazione, la diagnosi e il trattamento dei bambini affetti da DSA coinvolge neuropsichiatra infantile, psicologo, pediatra, logopedista, optometrista, psicomotricista, ortottista, audiometrista oltre che, naturalmente, genitori e insegnanti. In tale ambito il contributo dell'optometrista è importante. Infatti egli è il professionista che verifica se il sistema visivo del bambino è adeguato ai compiti di lettura richiesti e, se necessario, provvede a fornire i consigli o i mezzi compensativi opportuni (lenti, prismi, indicazioni posturali e illuminotecniche, ...);

inoltre, conoscendo i DSA, egli può mettere la famiglia del bambino in condizione di rivolgersi precocemente a neuropsichiatri infantili e psicologi, specialisti dei disturbi dell'apprendimento, che procederanno all'opportuna valutazione e diagnosi.

Gli optometristi, nell'ambito di un impegno multidisciplinare, sono quindi chiamati a definire un profilo delle abilità visive che consenta allo specialista di disturbi dell'apprendimento di distinguere un vero DSA da un deficit sensoriale dell'area visiva non associato a DSA. Infatti un serio problema visivo potrebbe esprimersi con sintomi simili a quelli di alcuni DSA e, in assenza di una valutazione visiva, indurre un equivoco e portare lo specialista a un errore (falso positivo) nella diagnosi di DSA.

Valutare la funzione visiva significa quindi effettuare una completa analisi optometrica e, quando opportuno, compensare con lenti le ametropie (miopia, ipermetropia o astigmatismo) che impediscono al bambino di percepire con precisione e nitidezza gli oggetti lontani (lavagna, cartelli, ...) e vicini (quaderno, libro, computer). Ma, dato che non esistono soltanto gli aspetti strutturali, l'optometrista è chiamato a individuare anche gli aspetti funzionali della visione (anomalie della visione binoculare, movimenti oculari inadeguati, deficit dell'accomodazione o della convergenza) che potrebbero ostacolare una corretta ed efficiente acquisizione delle informazioni visive.

Procedendo su questa strada La Giuria di esperti, al termine la CC di Montecatini, ha nominato una commissione che si occupi di come introdurre nella pratica corrente le linee guida utilizzando strategie di intervento appropriate, atte cioè a favorirne l'utilizzo e a rimuovere i fattori di ostacolo al cambiamento: I giudici partecipanti alla Consensus Conference, in considerazione alle problematiche non compiutamente trattate e alla produzione continua di nuove evidenze scientifiche, deliberano la costituzione di un gruppo interassociativo ed interdisciplinare di aggiornamento delle linee guida definite dalla conferenza. Il gruppo sarà rivolto anche a parti non rappresentate in questa sede

ed inizierà il suo lavoro dopo la sessione pubblica. Dopo decenni di silenzio, grazie al paziente lavoro dell'AID, oggi la sensibilizzazione su questo tema sta aumentando rapidamente (soprattutto nel mondo della scuola che è, per i soggetti con DSA, un luogo di grande sofferenza). Risulta ora di grande importanza, per un'adeguata gestione del problema, la formazione e l'aggiornamento degli insegnanti. In questa direzione l'AID è da anni impegnata con un numero crescente di iniziative di formazione grazie alle quali i bambini con DSA nei prossimi anni dovrebbero incontrare sempre più spesso insegnanti sensibili al problema e preparati ad affrontarlo adeguatamente.

La Consensus Conference di Montecatini consentirà alle varie professioni di essere meglio coordinate nell'affrontare con determinazione e intelligenza, in nuove e diverse modalità, la difficile situazione scolastica dei bambini con DSA. E' un programma ambizioso e impegnativo. Ma essere partiti con l'impostazione e il piglio giusto è di buon auspicio e l'aver riconosciuto un ruolo essenziale al optometrista quale figura di riferimento per l'aspetto visivo cognitivo nei casi di DSA è determinante per avvicinarci ai risultati dei colleghi di cultura anglosassone che da sempre si occupano di queste problematiche.

Continua la nostra esperienza in Camerun

Il nostro socio e accademico Nicola Schiesario si è recato nuovamente in Camerun. Il laboratorio ottico creato dall'AIOC nel 2011 è attualmente in funzione nonostante le diverse difficoltà. Purtroppo le distanze ed i collegamenti non aiutano molto e la realizzazione ed il suo perfetto mantenimento in piena Africa non è semplice. Come si vede dalle foto il laboratorio è ben attrezzato e i nostri "ottici-nativi" Armand e Florand, appositamente istruiti per la realizzazione di occhiali sul misura, sono sempre efficienti. Ma il nostro progetto onlus in Camerun ha bisogno di Voi!! L'obiettivo da raggiungere è quello di implementare oltre al laboratorio anche un'ambulatorio per



effettuare controlli più accurati dal già presente medico oculista. Ultimamente una delle mole ha subito un guasto e non è riparabile. Pertanto chiediamo come consuetudine attraverso la nostra rivista la collaborazione di tutti soci per poter intervenire in tal senso. La realizzazione del laboratorio è un atto molto positivo, di qui ogni socio accademico può essere fiero, di poter dire concretamente che stiamo dando un aiuto efficiente a queste popolazioni Africane. Per poter proseguire occorre urgentemente:

- MOLA MANUALE SEMI AUTOMATICA (piccola e semplice da trasportare in valigia)
- LAMPADA A FESSURA

Il Consiglio Direttivo dell'AIOC ringrazia anticipatamente tutti i soci che vorranno inviare il suddetto materiale. Per eventuali chiarimenti e contatti chiamare la Segreteria AIOC da lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00





Accademia Italiana Optometristi Contattologi

CARICHE CONSIGLIO DIRETTIVO 20 MARZO 2011

(scadenza cariche 20/03/2014)

Presidente

Dott. Giuliano Bruni

Vicepresidente

Sig. Angelo Del Grosso

Segretario e Tesoriere

Sig. Gianfranco Fabbri

Consiglieri

Sig.ra Alessia Baldinotti

Sigg. Stefano Brandi

Maurizio Fabbroni

Tiziano Gottardini

Alfredo Mannucci

Gianni Pampaloni

Sergio Prezzi

Ivan Zoccoli

Presidente

Sindaci Revisori

Sig. Giovanni Simonelli

Sindaci Effettivi

Sigg. Franco Nieri

Alessandro Simonelli



Il 5x1000 all'Aioc

Caro Collega.

Con la Tua firma, come sai, è possibile devolvere il 5 per mille delle imposte ad una Associazione o Fondazione qualificata come Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS). L'A.I.O.C. ONLUS rientra fra i soggetti beneficiari di questa normativa. Destinare il 5 per mille all'A.I.O.C. non comporta alcun aggravio di costi per il dichiarante, in quanto la percentuale del 5 per mille viene calcolata sulle imposte versate, quindi a carico dello Stato; sarà la stessa amministrazione finanziaria a fare pervenire all'A.I.O.C. le somme eventualmente destinate.

Per destinare il 5 per mille all'A.I.O.C. occorre sottoscrivere l'apposita scheda della dichiarazione dei redditi MODELLO 730 o MODELLO Unico o CUD avendo l'accortezza di inserire il codice fiscale di A.I.O.C. – O.n.l.u.s. n° 80101020487 nella parte denominata “Sostegno del volontariato, delle Organizzazioni non Lucrative di Utilità Sociale...” e la Tua firma nel primo riquadro a sinistra.

Ricordiamo che dal 1 gennaio 2013, con la legge 6 luglio 2012 n. 96, è modificata la disciplina riguardante la detrazione d'imposta, ai fini IRPEF, prevista per le erogazioni liberali in denaro effettuate a favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS). Ulteriori informazioni in merito potranno essere richieste scrivendo una mail a: studio@iomelli.com.

RingraziandoTi in anticipo per il Tuo contributo porgiamo distinti saluti.

Per il Consiglio
Il segretario Gianfranco Fabbri



Rinnova la tua associazione 2013!

La quota associativa è di € 180,00 l'anno. L'importo può essere versato alla Segreteria A.I.O.C. nelle seguenti modalità:

- assegno non trasferibile o vaglia postale ordinario intestato a A.I.O.C. - Onlus Firenze
- bonifico bancario c/o
CRSM Ag. 6 - Firenze IBAN: IT32Q0630002804 CC1270003781

L'ASSOCIAZIONE A.I.O.C. OFFRE AI SOCI:

ATTESTATO PERSONALIZZATO DI APPARTENENZA A.I.O.C.
TESSERA PERSONALIZZATA SOCIO A.I.O.C.
DISTINTIVO PER CAMICE A.I.O.C.
VETROFANIA PER AUTOMOBILE E PER NEGOZIO A.I.O.C.
UNA COPIA DI STATUTO E REGOLAMENTO INTERNO
UN CORSO GRATUITO ON-LINE (CD)
PARTECIPAZIONE CON PARTICOLARI SCONTI
AI CORSI ORGANIZZATI DALL'ACCADEMIA
RIVISTA AIOC
NEWSLETTER DELL'ACCADEMIA
POSSIBILITA' DI INSERIRE SUL SITO A.I.O.C. IL LINK ALLA
PAGINA WEB DELL'ATTIVITA' DEL SINGOLO SOCIO
L'ESPERTO RISPONDE
CONSULENZA PROFESSIONALE

Sede dell'Accademia

VIA DELLO STECCUTO, 4
50141 FIRENZE (FI)
zona Stazione Firenze-Rifredi
tel/fax 055 280161 - 055 7966375

e-mail: aiocitalia@gmail.com web: www.aiocitalia.com

UNITÀ DI REFRAZIONE
REFRACTION UNIT

FUSION

TECNOLOGIA, PRECISIONE,
MATERIALI
DI ALTA QUALITÀ

REQUISITI FONDAMENTALI
PER IL RIUNITO DELLA
NUOVA GENERAZIONE



CS 

Vieni a scoprire
perché 1500 centri ottici
si sono affidati a noi.
www.vision-group.it

© MELCHIONI



Entra a far parte di Vision Group: potrai conoscere il nostro modo di lavorare, scoprire le peculiarità dei diversi livelli di affiliazione e gli strumenti ideali per il tuo business. Da oggi anche sul web con un nuovo sito, navigabile da qualunque dispositivo.



VISION GROUP



L'Accademia presente al Mido 2013

***Tre giorni importanti per la nostra organizzazione.
Un lungo week-end di incontri con soci, colleghi
e aziende del settore.***



Anche quest'anno la nostra Accademia è stata presente con uno stand al MIDO di Milano, appuntamento irrinunciabile per chiunque operi nel campo dell'ottica, a qualsiasi livello. Il MIDO, da oltre 40 anni, rappresenta la più importante vetrina del mondo dell'ottica.

Sono stati numerosi i colleghi ottici che si sono rivolti alla nostra postazione per ricevere informazioni relative all'attività della nostra Accademia. Proficui sono stati anche gli incontri avuti con i nostri soci di tutta Italia presenti alla fiera.

L'evento è stata l'occasione anche per incontrare numerose delle ditte presenti, che hanno avuto l'opportunità di conoscerci e di stringere rapporti professionali e pubblicitari con la nostra organizzazione.



A cena... con la *nostra* storia

Il giorno 05 Giugno 2013 alle ore 21.30 presso il ristorante "Il Desiderio" di Ponte Buggianese (PT) si è tenuta l'attesissima cena dell'Accademia che ha avuto come ospite d'onore il Prof. Sergio Villani.



Il socio AIOC Sernesi Piero di San Marcello Pistoiese, ex studente del Prof. Villani, che consegna un presente a Sergio Villani

Un incontro per e con colui che ha contribuito in maniera significativa all'evoluzione della figura dell'ottico da semplice commerciante a professionista della visione.

All'evento erano presenti, oltre al Prof. Villani, il Consiglio Direttivo Aioc, diversi soci e il Dott. Alessandro Fossetti: quest'ultimo è l'attuale direttore dell'istituto

IRSOO di Vinci, l'istituto toscano di Ottica e Optometria dove molti ottici e optometristi italiani si sono nel tempo diplomati e del quale il Prof. Villani è stato il primo direttore.

Si ringraziano tutti gli intervenuti (*nella foto a destra*) per aver reso particolarmente piacevole e significativo questo incontro.





REFERENTI A.I.O.C.

Il Consiglio Direttivo dell'Accademia Italiana Optometristi Contattologi ha nominato i Referenti per le seguenti regioni:

Toscana Consiglio Direttivo

Trentino Alto Adige Tiziano Gottardini 3408492865 / info@gottardini.it

Piemonte Giuseppe Sacchet 011 8004625 / info@otticasettimeste.it

Emilia Romagna Ivan Zoccoli 389 4218384 / nuovaotticaitaliana@libero.it

Lazio Antonio Trotta 0761 434590 / soat77@hotmail.com

Andrea Andreani 338 8773546 / andreani.andrea@tiscali.it

Campania Massimo Bisogno 081 5143565 / info@otticabisogno.it

Basilicata Giuseppe Moramarco 0971 27007 / info@otticamoramarco.net

Sardegna Angelo Caspanello 349 0741886 / kontakta1@gmail.com

Sicilia Antonio Pistarà 095 2861404 / antonio.pistara@gmail.com

I Referenti A.I.O.C. per le regioni di competenza sono a disposizione di tutti i Soci Aioc. I Soci che vogliono proporre la loro candidatura alla nomina di Referenti Provinciali o Regionali sono pregati di contattare la

Segreteria A.I.O.C.
tel/fax 055/280161
e-mail: aiocitalia@gmail.com
sito web: www.aiocitalia.com





Vieni a vedere

Marzo 2014

1

sabato

2

domenica

3

lunedì

Il meglio dell'occhialeria si vede a marzo a Milano

Tre giorni di anteprime mondiali con le ultime collezioni di occhiali da vista e occhiali da sole. Dove scoprire gli ultimi ritrovati in materia di lenti, strumenti, tecnologia e design più all'avanguardia. Non avrete occhi che per Mido!

fieramilano

www.mido.com

mido

International Optics, Optometry and Ophthalmology Exhibition