

# PRISMA

ISSN 1972-666X

Spedisce: Centro Organizzazione Congressi Via Miss Mabel Hill, 9 98039 Taormina

anno 2021 n. 2

Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari  
di radiologia medica, delle professioni sanitarie  
tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

## COSTITUZIONE ETICA



# AIORAO

Associazione Italiana ORTOTTISTI Assistenti in Oftalmologia

# Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

La Costituzione etica della Federazione nazionale dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione è un documento nobile, ben impostato e strutturato, capace di affrontare tutti i principali aspetti che devono caratterizzare l'esercizio di una professione sanitaria, in modo non retorico e indicando l'equilibrio in cui li si deve garantire nella relazione di cura. Nella Costituzione etica ho trovato valori che sono in piena sintonia con la Costituzione della nostra Repubblica e con lo spirito che sta animando gli investimenti che il Piano nazionale di ripresa e resilienza ha destinato alla riforma del Paese e del suo prezioso servizio socio-sanitario. La persona, a partire da quella assistita, è trattata con la dovuta attenzione lungo tutto il documento, anche quando non è richiamata in modo esplicito. La cooperazione tra professionisti e tra professioni sanitarie è fondata sul reciproco rispetto.

La prevenzione ha una posizione di giusto rilievo, anche in relazione all'ambiente che è più volte richiamato per le sue determinanti della salute. Le competenze digitali sono oggetto di un apposito articolo, quale imprescindibile ingrediente per compiere la transizione digitale, che non può essere ridotta al solo acquisto di tecnologie. Molti altri sono i valori e i temi trattati dalla Costituzione etica, tutti meritevoli della massima considerazione. Complimentandomi con la FNO TSRM e PSTRP per la lodevole iniziativa, che auspico possa essere uno spunto di riflessione per/con le altre Federazioni e Consigli nazionali, invito ogni singola/o iscritta/o agli albi e agli elenchi speciali a esaurimento dei vostri Ordini a leggere la Costituzione etica e a testimoniarla nel quotidiano agire professionale.

*Il Ministro della Salute*  
Roberto Speranza

## Approvata all'unanimità dal Consiglio nazionale della FNO TSRM PSTRP il 2 luglio la Costituzione etica

Dal concetto di Persona al tema dell'Equità: sono 48 gli articoli che compongono la Costituzione etica della Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che dopo un percorso durato due anni è giunta alla sua approvazione definitiva tappa conclusiva. Il progetto denominato "Etica, deontologia e responsabilità professionale quali comune codice denominatore" è nato nel maggio 2019.

La Commissione, composta da 19 componenti effettivi e 19 componenti supplenti espressione delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP, ha lavorato all'individuazione degli elementi valoriali trasversali e, attraverso un profondo lavoro di studio e di comparazione di tutti i codici etici e deontologici, nazionali, europei ed internazionali nonché delle normative, delle raccomandazioni, delle convenzioni, ha dapprima individuato un decalogo di dieci parole chiave (Persona, Salute, Responsabilità, Relazione, Informazione, Competenza, Consenso, Multiprofessione, Equità, Privacy), poi individuati come macro temi di fondo su cui sviluppare le disposizioni il documento. «Nella Costituzione etica ho trovato valori che sono in piena sintonia con la Costituzione della nostra Repubblica e con lo spirito che sta animando gli investimenti che il Piano nazionale di ripresa e resilienza ha destinato alla riforma del Paese e del suo prezioso servizio socio-sanitario», ha affermato il Ministro della Salute, Roberto Speranza, auspicando che il testo «possa essere uno spunto di riflessione per le altre Federazioni e Consigli nazionali». La professione di Ortottista era rappresentata da Daniela Fiore, presidente nazionale AIOrAO e da Cesare Ferrari, presidente Collegio dei Probiviri AIOrAO. Grazie da AIOrAO a tutti coloro che vi hanno contribuito. [https://www.tsrn.org/index.php/presentazione\\_costituzione\\_etica/](https://www.tsrn.org/index.php/presentazione_costituzione_etica/)

1. Persona
2. Salute
3. Responsabilità
4. Relazione
5. Informazione
6. Competenza
7. Consenso
8. Multiprofessione
9. Equità
10. Privacy

## SOMMARIO

- 4 NUOVA PROGETTUALITÀ PER L'INDIVIDUAZIONE PRECOCE DELLA RETINOPATIA DIABETICA. L'ORTOTTISTA NELLO SCREENING TERRITORIALE E TELEMATICO
- 8 CHIRURGIA DELLO STRABISMO: FUNZIONALITÀ OLTRE L'ESTETICA
- 12 53° CONGRESSO NAZIONALE AIORAO
- 14 TELEMEDICINA, TELEORTOTTICA
- 16 NEWS
- 18 ATTIVITÀ FORMATIVE
- 20 GIORNATA MONDIALE DELLA VISTA  
CONVENZIONI AIORAO
- 27 DELEGATI AIORAO

## EDITORIALE

di Claudia Campana

In questi ultimi tempi, il tema della fraternità è tornato in molti eventi, soprattutto di natura etica.

Anche grazie all'enciclica di Papa Francesco si è sviluppata la riflessione intorno a questo tema, che ai nostri giorni, non è così scontato, può sembrare retorico e irrilevante.

Il celebrare, il primo lunedì di giugno, la giornata mondiale dell'ortottica è riaffermare nella professione una fratellanza universale consapevolezza di appartenere ad un progetto operativo condiviso.

Una cultura che cerca la realizzazione di sé nella separazione dall'altro non porta al dialogo e alla crescita.

Una giornata dedicata non rappresenta solo un simbolo di appartenenza, ma la volontà comune di essere i protagonisti della propria professione.

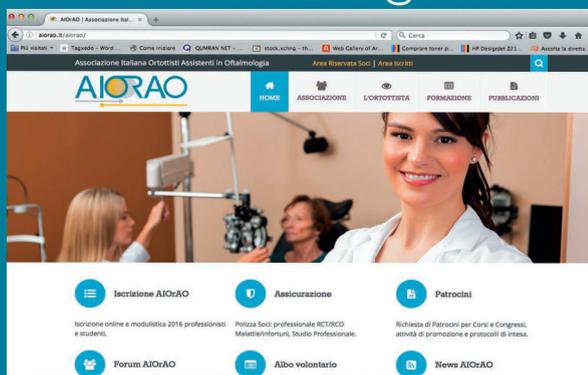
### PROMUOVIAMO LE TESI DI LAUREA

in ortottica assistenza oftalmologica

Vuoi pubblicare la sintesi della tua **TESI DI LAUREA** su Prisma?

Segui le indicazioni contenute nel modulo  
<https://aiorao.it/aiorao/index.php/pubblicazioni/>

Vuoi pubblicare la tua tesi sul sito [www.aiorao.it](http://www.aiorao.it)?  
**INVIALA A formazione@aiorao.it**



PRISMA Periodico quadrimestrale n. 2/2021 - Maggio-Settembre 2021



Editore AIORAO  
Associazione Italiana Ortottisti  
Assistenti in Oftalmologia

**Direttore responsabile:**  
Claudia Campana

**Responsabile scientifico:**  
Carla Blengio

Redazione AIORAO  
via Miss Mabel Hill 9, Taormina

**Segreteria di redazione:**  
Lucia Intruglio, Carla Blengio

**Coordinamento editoriale:**  
Lucia Intruglio

**Comitato di redazione:**  
Valeria Anfosso, Adriana Balzano,  
Lorenzo Canavese, Stefano Ciuccarelli,  
Emiliana Di Nardo, Flora Mondelli,  
Maria Teresa Rebecchi, Cesare Ferrari,  
Daniela Fiore, Rosalba Fresta, Cristina  
Varotti, Gianni Zorzi

**Hanno collaborato:**  
L.Solari, B. Sessa

Stampa:  
Tipolitografia Stampa Open - Messina

Edizioni AIORAO  
Registrazione Tribunale di Lucca n. 671  
periodici

**Pubblicità e diffusione:**  
Centro Organizzazione Congressi  
via Miss Mabel Hill 9, 98039 Taormina;  
tel. 0942.24293 fax: 0942.24251;  
e-mail: [centrocongressi@tao.it](mailto:centrocongressi@tao.it)

Per le pubblicazioni su Prisma fare  
riferimento al modulo che si trova  
sul sito [www.aiorao.it](http://www.aiorao.it) nella pagina  
pubblicazioni.

# NUOVA PROGETTUALITÀ PER L'INDIVIDUAZIONE PRECOCE DELLA RETINOPATIA DIABETICA L'ORTOTTISTA NELLO SCREENING TERRITORIALE E TELEMATICO

Lucia Solari, *Ortottista Arezzo*

## PREMESSA

La retinopatia diabetica (RD), patologia di tipo neurovascolare, più che microangiopatico, può insorgere sia con il diabete di tipo I che di tipo II e in qualunque momento del suo decorso; le complicanze, incluso l'edema maculare, si sviluppano come effetto dell'iperglicemia cronica sulle cellule retiniche endoteliali e neuronali. Le forme più severe di RD rappresentano tuttora la causa principale di ipovisione e cecità tra gli individui in età lavorativa in tutti i paesi industrializzati e la prevalenza di retinopatia fra i diabetici è mediamente del 30%, con un'incidenza annuale che varia dal 2 al 6%. In Italia la patologia diabetica costa al Sistema Sanitario Nazionale circa 10 miliardi l'anno, il trend è in costante aumento ed i costi sostenuti per garantire le cure di un diabete complicato da retinopatia raddoppiano rispetto a quelli richiesti per il trattamento di un diabete non complicato<sup>1</sup>.

Risulta evidente la necessità di opportuni screening, come puntualmente raccomandano le Linee Guida, per individuare più precocemente possibile la patologia retinica, al fine di migliorare il timing del trattamento, ridurre gli esiti più gravi che determinano invalidità visiva ed ottenere, di conseguenza, un contenimento della spesa sanitaria correlata. Ad oggi, tuttavia, non si riscontrano adeguati programmi strutturati a livello nazionale e l'eventuale realizzazione di screening è affidata alle singole iniziative delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere ed unicamente all'interno delle strutture ospedaliere di secondo livello.

Le attuali *Linee Guida per il management del percorso di cura del paziente diabetico con complicanze oculari retiniche* del 2019<sup>2</sup> insistono invece sulla possibilità di garantire a

livello territoriale (primo livello) mirati programmi di screening, inseriti in percorsi multidisciplinari strutturati, coordinati ed eventualmente supportati dalla telemedicina.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie cronico-degenerative, del resto, impongono la necessità di un'efficace integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali<sup>3</sup> ed il presente stato di emergenza da Covid-19, che impone il distanziamento sociale ed il contingentamento nelle strutture ospedaliere di secondo livello, rappresenta un ulteriore stimolo alla diffusione sia di nuove strategie d'integrazione ospedale/territorio<sup>4</sup>, sia di efficaci programmi di screening in telemedicina.

Da un simile contesto prende spunto il presente progetto che, a partire dalle raccomandazioni delle recenti Linee Guida, prevede anche l'inserimento di alcuni elementi innovativi rispetto ad esse:

- La presenza dell'**Ortottista assistente oftalmologia** all'interno del percorso multidisciplinare, quale professionista sanitaria in possesso delle adeguate competenze curricolari<sup>5</sup> per effettuare lo screening nel rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità della prestazione sanitaria. L'ortottista potrebbe permettere una maggiore accuratezza diagnostica dello screening, essendo in grado di eseguire una piccola batteria di test, piuttosto che la sola retinografia, considerata l'esame *gold standard* nella rilevazione della retinopatia. In alcune isolate esperienze di screening telematico sia in Italia<sup>7</sup> che a livello internazionale, è stata infatti utilizzata la sola retinografia, impiegando prevalentemente altre figure professionali, per le quali è stato necessario un apposito addestramento, in quanto la retinografia non rien-

\* Sintesi della tesi di laurea magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie A.A. 2019/2020 Università degli Studi di Siena

trava nel loro Core Curriculum. È forse il caso di sottolineare quanto un breve addestramento non sia minimamente paragonabile, in fatto di qualità della prestazione ed appropriatezza professionale, allo specifico percorso formativo universitario dell'ortottista.

Le competenze nell'ambito della diagnostica strumentale, peraltro, potrebbero consentire un'effettiva attività di *screening*, ovvero di discriminazione fra esami negativi e quelli francamente positivi. La telerefertazione dei test, quindi, potrebbe essere limitata ai soli casi border line, previo accordo con gli oftalmologi, i quali non risulterebbero più oberati dalle migliaia di immagini digitali da dover refertare, la maggior parte delle quali, peraltro, risulta spesso negativa<sup>8</sup> (è stato stimato che meno del 10% dei pazienti sottoposti a screening richiede cure supplementari per una reale minaccia della vista<sup>9</sup>).

- **Accesso diretto allo screening**, da parte dei pazienti diabetici, presso l'ambulatorio territoriale (es. Casa della Salute) senza alcuna prenotazione, così come avviene per accedere alle visite del medico di medicina generale. Unico requisito indispensabile: la presentazione di un referto medico attestante la patologia diabetica, o un eventuale scompenso glicemico, o la necessità di un monitoraggio. In tal modo risulterebbe facilitato l'ingresso nel percorso diagnostico terapeutico per la RD.
- Predisposizione di un'**Agenda digitale**, condivisa fra ortottista ed oftalmologo del centro di riferimento, dedicata alla calendarizzazione delle visite specialistiche di secondo livello necessarie qualora lo screening risulti positivo. Ciò renderebbe più semplici e veloci le modalità di accesso alle strutture ospedaliere di II livello.

## PROGETTO DI SCREENING TERRITORIALE E TELEMATICO GESTITO DALL'ORTOTTISTA

### Attività preventive allo screening

- Predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la cura e l'assistenza dei pazienti diabetici con possibili complicanze oculari, che presuppone la costituzione di un Team multidisciplinare formato da: Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di Libera Scelta (PLS), Diabetologo, Oftalmologi del Centro di riferimento, Ortottista assistente di oftalmologia. Devono essere stabilite le competenze e le responsabilità di ciascun Professionista

- Attivazione di una piattaforma informatica per la condivisione, fra ortottista ed oftalmologi del centro di riferimento, dei dati clinici (telerefertazione dei test di screening) e delle prenotazioni per le visite di II livello (Agenda digitale)
- Accordo tra oftalmologi del Team e ortottista riguardo:
  - o Criteri di classificazione dello screening (negativo, positivo, border line) determinati sulla base delle attuali Linee Guida
  - o Timing per la telerefertazione (preferibilmente non oltre i 3 giorni) e per la visita di secondo livello (preferibilmente non superiore ai 5 giorni) prenotata telematicamente tramite l'apposita agenda digitale
- Stesura della pianificazione e progettazione dettagliata dell'attività, completa dei criteri stabiliti con gli oftalmologi e del preciso calendario dello screening, da comunicare a tutti Responsabili delle Unità Operative coinvolte nel Team, dei Servizi di Prevenzione e Protezione e della Zona distretto
- Predisposizione di specifici indicatori per la valutazione periodica (ogni 1/2 anni) del progetto
- Accordo fra Ortottista e Responsabili degli Ambulatori Territoriali per l'individuazione degli appositi spazi da dedicare allo screening
- Pubblicizzazione del progetto tramite i maggiori mezzi di comunicazione presenti nel territorio.

### Requisiti tecnologici

- Retinografo digitale non midriatico, per effettuare la retinografia, possibilmente a 2 o 3 campi
- Tomografo a Coerenza Ottica con possibilità di archiviazione ed esportazione dei report, per la rilevazione dell'edema maculare
- Ottotipo ETDRS, per eseguire l'esame soggettivo del visus, fondamentale dato complementare agli altri, esclusivamente oggettivi
- PC da tavolo

### Requisiti di inclusione

- Recente diagnosi di diabete
- Eventuali scompensi glicemici
- Monitoraggio periodico

Ognuno di tali requisiti deve essere esplicitamente certificato dal medico, sia MMG che specialista.

### Requisiti di esclusione

- Assenza di diabete
- Assenza delle certificazioni mediche

### Fasi dello screening (I livello) e integrazione con Centro di riferimento (II livello)

1. Accesso diretto allo screening territoriale e telematico effettuato dall'ortottista, secondo un predisposto calendario

2. Screening negativo

→ L'ortottista aggiorna la cartella clinica, cartacea o informatizzata ove presente, inserendovi gli esiti degli esami,

→ Il paziente è invitato ad eseguire un nuovo screening dopo 1 anno in caso di diabete di tipo 1 e ogni due anni in quello di tipo 2 (salvo complicazioni o diverse prescrizioni mediche),

→ Paziente regolarmente monitorato per la RD, senza dover accedere alle strutture di II livello.

3. Screening positivo

→ L'ortottista provvede alla prenotazione della visita specialistica tramite l'agenda digitale condivisa con il centro di riferimento (II livello)

▪ Visita di II Livello: presa in carico del paziente fino ad eventuale stabilizzazione

▪ Il paziente è invitato ad eseguire un nuovo screening dopo 1/2 anni a seconda del tipo di diabete

→ Paziente regolarmente monitorato per la RD

4. Screening border line

→ L'ortottista inserisce i report degli esami nel sistema informatico per la telerefertazione da parte dell'oftalmologo del centro di riferimento (II livello) e invita il paziente a contattare il centro stesso dopo alcuni gior-

ni (sulla base degli accordi preventivi) per conoscere l'esito dello screening ed il prosieguo del percorso.

o esito negativo → Il paziente è invitato ad eseguire un nuovo screening dopo 1/2 anni a seconda del tipo di diabete

o esito positivo → presa in carico del paziente da parte del centro di riferimento fino ad eventuale stabilizzazione → nuovo screening dopo 1/2 anni a seconda del tipo di diabete

→ Paziente regolarmente monitorato per la RD

### Vantaggi, limiti e aspettative

Vantaggi dello screening territoriale e telematico della RD eseguito dall'ortottista:

- Riduzione del timing per diagnosi e trattamento della RD
- Maggiore facilità di accesso ai servizi di primo e secondo livello
- Snellimento delle procedure organizzative ed operative
- Incremento dell'attendibilità dello screening
- Maggiore rispetto dei criteri di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Possibili criticità:

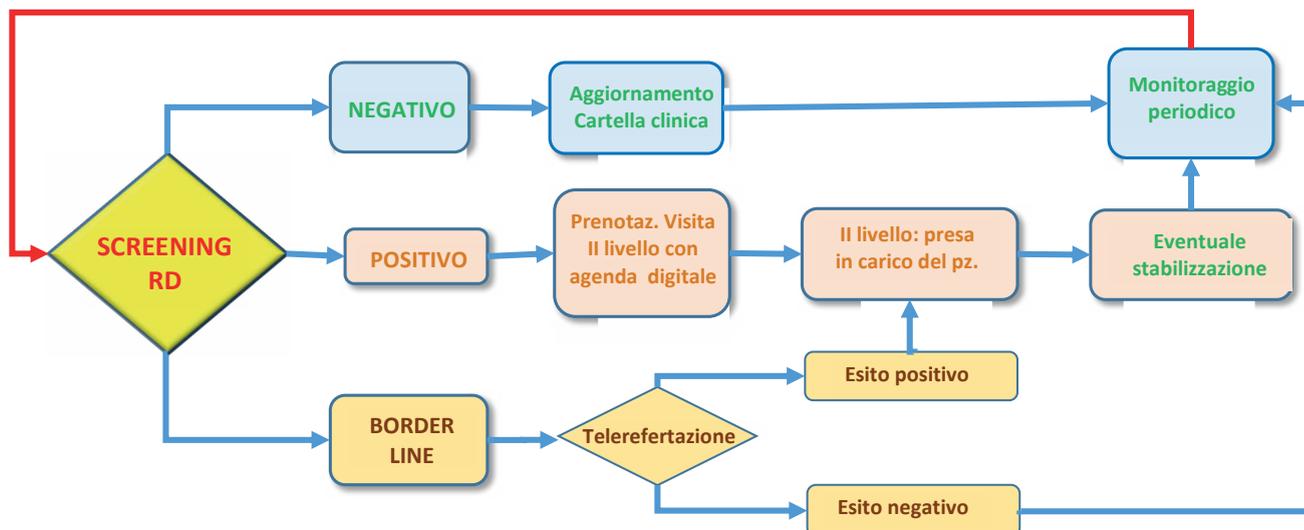
- Bassa adesione al programma per inefficace pubblicizzazione del progetto
- Eventuali affollamenti nell'ambulatorio territoriale dovuti all'assenza di prenotazione dello screening
- Possibile inadeguatezza del sistema informatico.

Aspettative:

- Possibilità di redigere un primo registro per il diabete, sulla base dell'archiviazione dei dati anagrafici dei pazienti che si sottopon-

### FLOW CHART

Screening Territoriale Telematico per la Retinopatia Diabetica gestito dall'Ortottista



gono allo screening, in modo tale da facilitare le modalità di richiamo

- Un progetto analogo potrebbe essere realizzato per il PDTA del glaucoma che, insieme alla retinopatia diabetica, costituisce uno dei maggiori responsabili di cecità ed ipovisione.

#### Bibliografia

1. Cantagallo A. *Epidemiologia della retinopatia diabetica* [Epidemiology of diabetic retinopathy]. Ann Ig. 1989 May-Aug;1(3-4):591-620. Italian. PMID: 2483633.
2. *Linee guida per il management del percorso di cura del paziente diabetico con complicanze oculari retiniche*, Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera ANMDO, Società Italiana Governo Tecnico e Clinico dell'Ospedale Società Oftalmologica Italiana SOI, Associazione Medici Diabetologi AMD et al, Marzo 2019.
3. Forum Sistema Salute digital edition, *La governance del SSN tra accentramento e decentramento*, Responsabili Scientifici M. Vainieri, A. Vannucci, 1 ottobre 2020, ore 10.30-12.30.
4. Galiero R, Pafundi PC, Nevola R, et Al., *The Importance of Telemedicine during COVID-19 Pandemic: A Focus on Diabetic Retinopathy*. J Diabetes Res. 2020 Oct, PMID: 33123599.
5. Di Nardo E, *Formazione ed informazione: core curriculum, core competence di tirocinio*. Prisma gennaio-aprile 2015.
6. [https://aiorao.it/public/Documenti/2012\\_codice\\_deontologico.pdf](https://aiorao.it/public/Documenti/2012_codice_deontologico.pdf)
7. Ciarlanti M, *Ruolo dell'ortottista nella progettazione e attuazione del PDTA del paziente diabetico*. Prisma, gennaio-aprile 2017.
8. Mastropasqua L, Perilli R, Toto L. et al, *Chi cerca trova: reperti collaterali in teleretinografia*, Oftalmologia Sociale 2 2020 Aprile-giugno
9. Boucher MC, Nguyen QT, Angioi K. *Mass community screening for diabetic retinopathy using a nonmydriatic camera with telemedicine*. Can J Ophthalmol. 2005 Dec;40(6):734-42. doi: 10.1016/S0008-4182(05)80091-2. PMID: 16391638.
10. Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell Davies G, Harris M. *Chronic disease management in primary care: from evidence to policy*. Med J Aust. 2008 Apr.
11. Vujosevic S, Midea E, *Diabetic Retinopathy in Italy: Epidemiology Data and Telemedicine Screening Programs*, Review Epub 2016 Nov 21.
12. Wilkinson CP, Ferris FL, Klein RE, et al., *Global Diabetic Retinopathy Project Group. Proposed international clinical diabetic retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales*. Ophthalmology. 2003 Sep;110(9):1677-82. doi: 10.1016/S0161-6420(03)00475-5. PMID: 13129861.
13. Cheloni R, Gandolfi SA, Signorelli C, Odone A. *Global prevalence of diabetic retinopathy: protocol for a systematic review and meta-analysis*. BMJ Open. 2019 Mar 3; PMID: 30833309.
14. Gangwani RA, Lian JX, McGhee SM et al., *Diabetic retinopathy screening: global and local perspective*. Hong Kong Med J. 2016 Oct;22(5):486-95. doi: 10.12809/hkmj164844. Epub 2016 Aug 26. PMID: 27562988.
15. Piyasena MMPN, Murthy GVS, Yip JLY, et al., *Systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy of detection of any level of diabetic retinopathy using digital retinal imaging*. Syst Rev. 2018 Nov.; PMID: PMC6222985
16. <http://www.notiziemediche.it> Retinopatia diabetica: i risultati della prima campagna nazionale di screening 22/03/2019

**CENTRO  
ORGANIZZAZIONE  
CONGRESSI**

**Segreteria Delegata**  
Via Miss Mabel Hill 9, 98039 Taormina  
Tel. 0942 24293 - fax 0942 24251  
e-mail: [centrocongressi@tao.it](mailto:centrocongressi@tao.it)

# CHIRURGIA DELLO STRABISMO: FUNZIONALITÀ OLTRE L'ESTETICA

Beatrice Sessa, *Ortottista Ispica (RG)*

## Abstract

La diffusione dell'impiego della chirurgia sui muscoli extraoculari, registratasi in anni recenti, è specchio della sempre più marcata esigenza di porre rimedio ad una condizione che coinvolge ben oltre la sfera estetica. L'intervento chirurgico fornisce infatti una valida chiave di risoluzione alle anomalie neuromuscolari degli occhi in termini di un recupero della visione binoculare singola.

Al fine di garantire esiti ottimali, fondamentale risulta la conoscenza delle indicazioni e del timing chirurgici nelle varie forme di strabismo.

Il trattamento chirurgico non si limita alla sola esecuzione all'interno della sala operatoria, ma abbraccia le fasi: preoperatoria, intraoperatoria e postoperatoria. È proprio in ambito perioperatorio che emerge il ruolo dell'ortottista. In particolare, sono stati descritti i principali strumenti ed esami che concorrono alla valutazione ortottica nei diversi momenti di intervento.

Un'indagine nella letteratura ha permesso di classificare ciascun tipo di strabismo in funzione della prognosi di un recupero postoperatorio della visione binoculare singola.

Dall'analisi di uno studio e di un caso clinico si è dedotto che, correggendo una deviazione oculare, il paziente può ripristinare la visione binoculare singola, la stereopsi, la fusione sensoriale e motoria, eliminare o ridurre la posizione anomala del capo, nonché migliorare la propria qualità di vita.

**Parole chiave:** chirurgia dello strabismo, timing, prognosi funzionale, visione binoculare singola, valutazione ortottica.

## Abstract

The recent widespread use of extraocular muscle surgery shows the increasingly pronounced need to remedy a condition that involves far beyond the aesthetic sphere. Strabismus surgery indeed solves eye movement disorders allowing to recover binocular single vision.

Knowing surgical indications and timing in the various forms of strabismus is essential in order to ensure optimal outcomes.

Surgical treatment is not limited to the only per-

formance in the surgery room, but includes preoperative, intraoperative and postoperative phases. The role of the orthoptist precisely emerges in the perioperative period. In particular, the main tools and exams of orthoptic evaluation in the different moments of intervention have been described.

A literature search was conducted to classify each type of strabismus according to the prognosis of postoperative recovery of binocular single vision. The analysis of a study and a clinical case showed that, thanks to ocular deviation correction, the patient can restore binocular single vision, stereopsis, sensory and motor fusion, eliminate or reduce the abnormal head posture and improve the quality of life.

**Keywords:** strabismus surgery, timing, functional prognosis, binocular single vision, orthoptic evaluation.

## Introduzione

Negli ultimi anni i cambiamenti demografici, il miglioramento delle procedure chirurgiche e una maggiore consapevolezza dell'esistenza di terapie efficaci sono stati fattori determinanti del più frequente ricorso alla chirurgia dello strabismo. Un processo di progressivo cambiamento e perfezionamento ha investito le indicazioni, le tecniche chirurgiche e la selezione del potenziale paziente strabico da operare. Le aspettative di chi si sottopone a questo tipo di chirurgia sono decisamente aumentate, sia sul versante estetico che funzionale, consentendo il recupero della visione binoculare singola.

## Finalità e timing della chirurgia dello strabismo

L'intervento chirurgico rappresenta un momento necessario ed importante nella terapia degli squilibri oculomotori. L'obiettivo principale della chirurgia delle anomalie neuromuscolari degli occhi è eliminare le deviazioni relative agli assi visivi. Si ricorre all'intervento non solo per ragioni estetiche ma anche funzionali, allo scopo di stabilire una visione binoculare singola confortevole (Figura 1) ed eliminare o ridurre il torcicollo oculare, quando presente.

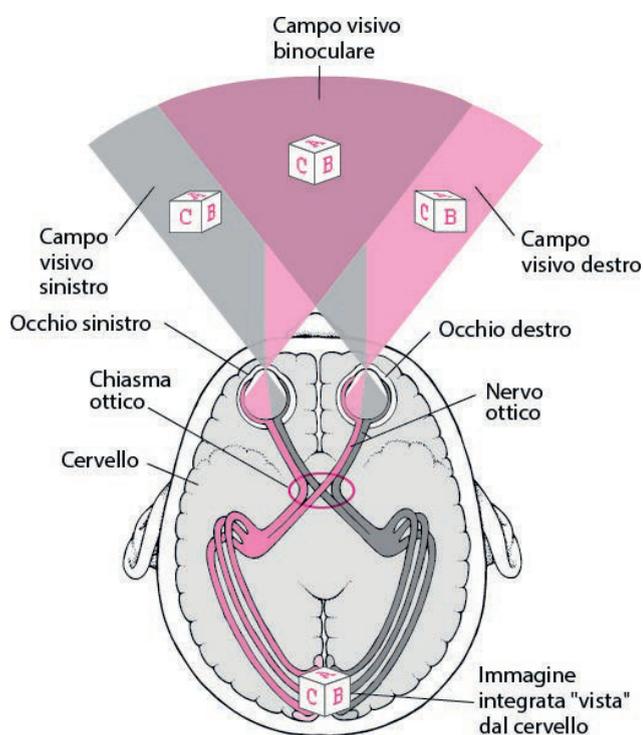


Figura 1. Campo visivo binoculare e vie ottiche.

Correggendo una deviazione oculare o una posizione anomala del capo (PAC), il paziente può altresì migliorare considerevolmente l'immagine che ha di sé e le sue condizioni di vita. Tale miglioramento è oggi oggettivabile tramite dei questionari sulla qualità della vita specifici per la chirurgia dello strabismo, compilabili da parte del paziente prima e dopo l'intervento correttivo.

Al fine di garantire esiti ottimali, fondamentale risulta la conoscenza del timing chirurgico nelle varie forme di strabismo. Per stabilire il momento in cui occorre operare si fa riferimento a quattro principali parametri: l'età del paziente, la sua visione centrale, il grado di collaborazione tra le retine periferiche e l'entità dell'angolo di deviazione.

Il trattamento chirurgico dello strabismo precoce va solitamente collocato non prima dei 18 mesi, onde minimizzare i rischi anestesiologici e gli effetti che un dosaggio chirurgico poco calibrato potrebbe avere su un occhio piccolo, ed entro i 3 anni di età, per mantenere il vantaggio di un intervento tempestivo. Se la deviazione è inferiore a  $10^{\Delta}$ - $12^{\Delta}$  non è previsto l'intervento, bensì un monitoraggio periodico del visus ed eventualmente la terapia antiambliopica per conservare un'isoacuità visiva. Gli strabismi tra  $12^{\Delta}$  e  $18^{\Delta}$  che non migliorano spontaneamente vengono operati dopo i 3 anni di età. Le deviazioni da  $20^{\Delta}$  a  $35^{\Delta}$  sono corrette intorno ai 2-3 anni di età. Per angoli superiori a  $40^{\Delta}$  l'intervento può essere anticipato a 18-24 mesi.

Gli strabismi normosensoriali insorti dopo i 2-3 anni richiedono un trattamento urgente per ri-

pristinare la visione binoculare normale in tempi brevi, vale a dire nell'arco di 30-40 giorni.

Il paziente affetto da strabismo paralitico va operato una volta rimosse per quanto possibile le cause della paralisi e trascorsi 6-8 mesi dall'insorgenza della deviazione definitiva.

### Il ruolo dell'ortottista nel perioperatorio

Il trattamento chirurgico non si limita alla sola esecuzione all'interno della sala operatoria, ma abbraccia le fasi preoperatoria, intraoperatoria e postoperatoria. A tal proposito, una domanda sorge spontanea: quali sono le mansioni dell'ortottista in ambito perioperatorio? Su di lui ricadono competenze gestionali e relazionali. L'ortottista deve tracciare il percorso del soggetto strabico da operare, comunicare con il chirurgo oftalmologo e con il paziente, tranquillizzando quest'ultimo ed evitando la contrazione del muscolo che può causare maggiore dolore. Effettua inoltre la valutazione ortottica nei diversi momenti di intervento.

La valutazione ortottica preoperatoria si avvale dei seguenti esami:

- *Cover test con prismi* (Figura 2), finalizzato alla misurazione dell'angolo di deviazione per lontano e per vicino nelle nove posizioni di sguardo;
- *studio della motilità oculare estrinseca*, utile per segnalare al chirurgo l'iperfunzione o l'ipofunzione dei singoli muscoli, valutare il grado di escursione di entrambi gli occhi tramite lo studio delle versioni, analizzare la deviazione nelle posizioni diagnostiche di sguardo ed indirizzare la scelta della tecnica chirurgica più appropriata;
- *PAT*, noto come *Test di Adattamento Prismatico*, di Jampolsky, necessario per stabilire la possibilità di visione binoculare e il rischio di diplopia postoperatori, individuando l'eventuale compensazione prismatica in presenza di movimenti fusionali anomali, sostenenti una visione binoculare anomala;
- *PPT* o *Progressive PAT*, ovvero il *Test di Adattamento Prismatico Progressivo*, di Bagolini, indicato per pianificare l'entità della chirurgia, valutando quanto i movimenti fusionali anomali siano radicati nei casi in cui il paziente compensi i prismi;
- *esame con stecca dei filtri rossi a densità scalare di Bagolini* (Figura 3), il quale consente di valutare la profondità di soppressione e il rischio di diplopia;
- *misura delle ampiezze fusionali*, al fine di programmare la chirurgia dello strabismo;
- *esame con schermo di Hess-Lancaster*, in caso di strabismo paralitico o restrittivo.



Figura 2. Stecche dei prismi orizzontali e verticali di Birens.



Figura 3. Stecca dei filtri rossi a densità scalare di Bagolini.

La valutazione ortottica intraoperatoria prevede:

- *valutazione dei riflessi corneali* per lontano e per vicino;
- *cover test con prismi* per lontano e per vicino;
- *rivalutazione ortottica intraoperatoria*, quando occorra.

Di pertinenza del chirurgo è il *test delle duzioni forzate*, praticato in sala operatoria prima dell'intervento, per effettuare la diagnosi differenziale tra le forme neurogene e le restrittive, e in fase intraoperatoria, per rivelare possibili ostacoli meccanici non evidenziati durante l'iter preoperatorio, determinando la modifica della tecnica chirurgica.

Durante la valutazione ortottica postoperatoria vengono eseguiti:

- *Cover test* per lontano e per vicino, in associazione ai prismi per la misura dell'eventuale angolo di deviazione residuo;
- *stereotest*, per la valutazione della stereopsi;
- *studio della motilità oculare estrinseca*;
- *esame con schermo di Hess-Lancaster*, se necessario.

### Recupero postoperatorio della visione binoculare: analisi della letteratura

Un'indagine nella letteratura ha permesso di classificare ciascun tipo di strabismo in relazione alla prognosi del recupero postoperatorio della visione binoculare.

La prognosi funzionale nell'esotropia accomodativa refrattiva è solitamente eccellente, dato che le funzioni binoculari normali sono presenti prima dell'inizio della deviazione. Un trattamento precoce dell'esotropia non accomodativa acquisita, insorta dopo i 6 mesi di età, ha una prognosi funzionale migliore rispetto all'esotropia congenita, data la possibile preesistenza di funzioni binoculari normali prima dell'inizio della malattia. La chirurgia dell'esotropia concomitante acuta di Burian-Franceschetti, non preceduta da interruzione della fusione, può restituire una visione binoculare singo-

la. Il riallineamento chirurgico dell'esodeviazione circadiana ha una buona prognosi se effettuato prima che lo strabismo diventi costante.

Nell'iperfunzione dell'obliquo inferiore l'operazione è effettuata principalmente per motivi funzionali, ossia quando l'ipertrofia prodotta dall'iperfunzione dell'obliquo inferiore rappresenta un ostacolo alla fusione nello sguardo laterale o quando esiste una sindrome in V che interrompe la fusione nello sguardo in alto o in basso.

In caso di ciclotropia associata a iperdeviazione clinicamente significativa, basta eliminare l'iperdeviazione per correggere la ciclotropia.

Le sindromi alfabetiche possono avere risultati postoperatori funzionali o estetici.

Nelle paralisi completa e incompleta del nervo abducente si ricorre all'intervento per spostare l'occhio addotto nella posizione primaria, ristabilire un campo di visione binoculare singola ed eliminare o ridurre la rotazione del capo. Il trattamento chirurgico della paralisi del muscolo obliquo superiore non presenta particolari difficoltà e, di norma, è gratificante sia per il paziente che per il chirurgo. Le paralisi di entrambi i muscoli elevatori o abbassatori rispondono bene agli interventi di trasposizione. Nonostante non sia possibile un'abduzione al di là della linea mediana, il trattamento chirurgico dello strabismus fixus può produrre un notevole miglioramento estetico e funzionale. In alcuni pazienti con strabismus fixus è possibile ristabilire un piccolo campo di visione binoculare singola, portando chirurgicamente gli occhi in posizione primaria. I risultati funzionali, in termini di visione binoculare singola in posizione primaria e in basso, sono solitamente ottimali nei soggetti affetti da Oftalmopatia di Graves-Basedow e sono motivo di immensa soddisfazione per il paziente. In alcuni soggetti affetti da Oftalmoplegia esterna progressiva cronica i prismi possono essere utili ad eliminare la diplopia e l'allineamento chirurgico degli occhi può dare risultati apprezzabili. L'intervento chirurgico effettuato sui muscoli di pazienti con miastenia gravis, dopo l'accertamento della stabilità della malattia durante prolungati periodi di osservazione, è volto ad eliminare la componente diplopica.

Risultati soddisfacenti sono stati ottenuti dagli studi condotti da Fatima T. e collaboratori. Esaminando un campione di 15 adulti affetti da strabismo costante, senza capacità di fusione ai test preoperatori e dotati di una buona acuità visiva corretta, è stata registrata, a sei settimane dall'allineamento chirurgico, fusione in 10 soggetti per lontano e 13 per vicino al test dei Vetri Striati di Bagolini (Grafico 1) e in 8 pazienti e 11 rispettivamente all'esame delle Luci di Worth. La diplopia si è manifestata in 5 esaminati per lontano e in 2 per vicino al test dei Vetri Striati di Bagolini (Grafico 1) e in 7 soggetti per lontano

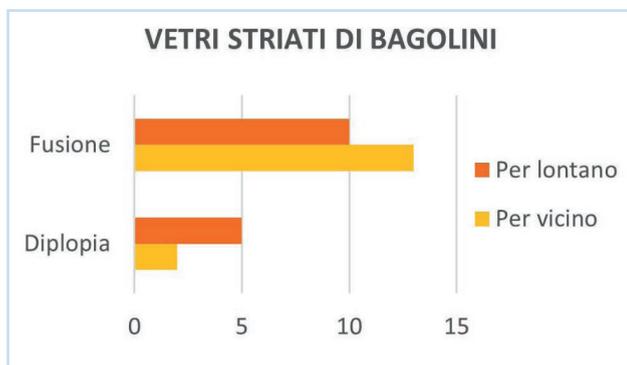


Grafico 1. Risultati, a sei settimane dall'intervento, ai Vetri Striati di Bagolini, n=15 (elaborazione grafica dei dati tratti da Fatima T. et al.).

e in 4 per vicino all'esame delle Luci di Worth. Inoltre, 13 pazienti hanno mostrato stereopsi al Titmus test, come segue: fine = 5 (33,33%), grossolana = 5 (33,33%), scarsa = 3 (20%). In 2 pazienti (13,34%) la stereopsi era assente (Grafico 2). Al TNO test in 10 pazienti era presente stereoacuità e in 5 mancava. Viene infine proposto un caso clinico riscontrato presso l'ambulatorio di Ortottica e Oftalmologia Pediatrica dell'A.O.U. Policlinico "Gaetano Martino" di Messina. Un bambino ipermetrope affetto da strabismo convergente manifesto è stato sottoposto ad una recessione di 6 mm sui muscoli retti mediali di entrambi gli occhi. In seguito al trattamento chirurgico è stato registrato all'esame dell'acuità visiva un miglioramento del visus corretto da 6/10 a 10/10 in entrambi gli occhi. Al Cover test con prismi si è evidenziata una riduzione dell'angolo di strabismo: l'esotropia è diminuita da 60° a 2° per lontano con lenti e da 70° a 30° per lontano senza lenti; da 60° a 8° per vicino con lenti e da 75° a 20° per vicino senza lenti. All'esame della motilità oculare è stata osservata la scomparsa della pseudoparalisi dei muscoli retti laterali in entrambi gli occhi. È stata inoltre eliminata la PAC.

### Conclusioni

Oggi le aspettative del paziente che ricorre alla chirurgia dello strabismo sono notevolmente aumentate. Un intervento preceduto da una corretta valutazione clinica ed effettuato con un'opportuna tecnica, una giusta entità e un'adeguata tempistica può ridurre l'angolo di deviazione, migliorare la motilità oculare, l'acuità visiva e garantire un comfort binoculare a chi vi si sottopone. Da non trascurare sono i benefici sulla qualità di vita, derivanti da un sostanziale miglioramento non solo dell'immagine che gli altri hanno del soggetto strabico, bensì della percezione che lo stesso ha di sé, potendo affermare la propria identità psicosociale ed ottenere maggiori opportunità di lavoro. Considerate la rilevanza e la complessità attualmente assunte dalla chirurgia sui muscoli oculari, risulta utile un costante aggiornamento e un confronto

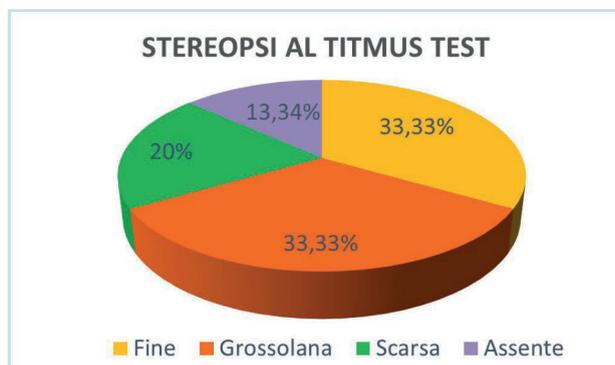


Grafico 2. Percentuale di pazienti che hanno mostrato stereopsi, a sei settimane dall'intervento, al Titmus test, n=15 (elaborazione grafica dei dati tratti da Fatima T. et al.).

delle diverse esperienze da parte di oftalmologi ed ortottisti, tenendo presente che salvaguardare la visione binoculare normale e recuperare una visione binoculare deteriorata sono compiti fondamentali di chi si occupa di strabismo.

### Bibliografia

- Bagolini B., Zanasi MR., *Strabologia. Diagnosi e Terapia dello Strabismo e del Nistagmo*, Roma, Verduci Editore, 2015 (ed. or. 2007).
- Marcon G.B., Pittino R., "Principi di chirurgia dello strabismo", in SOI Società Oftalmologica Italiana, *Gli strabismi e le anomalie della motilità oculare*, Edizioni SOI, 2012, pp. 285-301.
- Pedrotti M., Lanzafame F., Drago D., Pedrotti E., *Strabismo. Approccio pratico*, Roma, SOI Società Oftalmologica Italiana, 2008.
- Von Noorden G.K., *Visione binoculare e motilità oculare. Teoria e trattamento dello strabismo*, 2ª edizione italiana della 4ª edizione americana, a cura di Faraldi I., D'Amelio S., Palermo, Medical Books, 1993.

### Sitografia

- Fatima T., Amitava A.K., Siddiqui S., Ashraf M., "Gains beyond cosmesis: Recovery of fusion and stereopsis in adults with longstanding strabismus following successful surgical realignment", in *Indian Journal of Ophthalmology*, 2009; 57(2): 141-143, <https://doi.org/10.4103/0301-4738.45505> [u.a. 03/08/2021].
- Franco. F., Monari P., Manciozzi S., Bolletta E., *Nostra esperienza nella Chirurgia dello Strabismo-Monari*, ospfe, 2017, <https://www.ospfe.it/il-professionista/societa-medico-chirurgica/archivio-convegni-2017/aggiornamenti-in-oftalmologia/Nostra%20esperienza%20nella%20Chirurgia%20dello%20Strabismo-Monari.pdf> [u.a. 07/08/2021].

### Fonti immagini

- Figura 1: *Decorso delle vie ottiche*, Manuale MSD, [https://www.msmanuals.com/it-it/casa/multimedia/figure/eye\\_tracing\\_visual\\_pathway\\_it](https://www.msmanuals.com/it-it/casa/multimedia/figure/eye_tracing_visual_pathway_it) [u.a. 03/08/2021].
- Figura 2: *Coppia stecche prismi, verticale ed orizzontale*, in *astuccio rigido*, Opto Medica - Oftalmologia, <https://www.optomedica.com/prodotti/ortottica/strumenti/prismi/> [u.a. 07/08/2021].
- Figura 3: *Bagolini Filter Bar*, Haag-streit UK, <https://eshop.haagstreituk.com/products/orthoptic-equipment/bagolini-lenses/bagolini-filter-bar> [u.a. 07/08/2021].

### Nota

- Il presente articolo prende spunto dalla Tesi di Laurea in Ortottica ed assistenza oftalmologica di Sessa Beatrice, Università degli Studi di Messina, a.a. 2018-2019

**53<sup>o</sup>** congresso nazionale  
**AIO**rA**O** AIOrAO 2021:  
nuovi orizzonti in Ortottica  
per VISIONarE il futuro

Palermo 23/26 Settembre 2021

# PROGRAMMA SCIENTIFICO

## GIOVEDÌ 23 SETTEMBRE 2021

Ore 17.00 – 18.30 INCONTRO CON I DIRETTIVI REGIONALI

Riunione con referenti regionali AIOrAO per la formazione Piano formativo, eventi formativi, rilevazione dei bisogni formativi, obiettivi formativi.

Riunione responsabili politiche del lavoro AIOrAO  
Politiche del lavoro, fabbisogno prestazioni ortottiche, dotazioni organiche e lavoro associazione volto a promuovere la professione.

Riunione segretari  
Revisione regolamento, applicazione delle regole, incentivazione iscrizioni

Riunione plenaria direttivi regionali

## VENERDÌ 24 SETTEMBRE 2021

9.00 Saluto della Presidente Nazionale AIOrAO, Daniela Fiore

9.30-11.00 I SESSIONE: ORTOTTICA E PATOLOGIE SENSORIALI

Moderatori: Daniela Fiore - Flora Mondelli -

**Esame dell'acuità visiva** Irene Licitra

**Esame dello stato sensoriale** Anna Celentano

**Valutazione ortottica e trattamento riabilitativo finalizzato**

Erica Scarica

Discussione Pausa

11.30-12.30 I SESSIONE: ORTOTTICA E PATOLOGIE

**SENSORIALI: valutazione e riabilitazione**

Moderatori: Lorenzo Canavese - Rosalba Fresta

**Paralisi cerebrali infantili: valutazione ortottica e riabilitazione**

Antonella Greco

**Disturbi di apprendimento** Martina Eterno

**Disturbi dello spettro dell'autismo** Serafino Buono

Discussione

12.30-13.00 **Consegna Premi AIOrAO e Pietrasanta Pharma**

13.00-14.00 Pausa pranzo

14.00-16.00 II SESSIONE: ORTOTTICA E DISTURBI NEURODEGENERATIVI

Moderatori: Adriana Balzano - Benedetto Galeazzo

**Malattie neurodegenerative e visione** Caterina Gagliano

**Valutazione ortottica nelle malattie neurodegenerative**

Cristina Alessi

**Riabilitazione visiva nelle malattie neurodegenerative**

Dario Catalano

**Presenza in carico multiprofessionale** Roberta Amato, Andrea

Buscemi, Francesco Della Gatta, Francesca Di Maria

Discussione

16.30-17.30 **TELEORTOTTICA: progetto nazionale AIOrAO**

17.00-19.00 **ASSEMBLEA SOCI**

## SABATO 25 SETTEMBRE 2021

9.00-11.00 III SESSIONE: PREVENZIONE VISIVA

Moderatori: Carla Blengio - Francesca Cavallaro

**La prevenzione visiva in Italia: aspetti medico legali**

Stefania Zerbo

**Screening neonatale: nostra esperienza**

Viola Artusio, Elisabetta Carrù, Flora Mondelli

**Screening in età prescolare: efficacia e efficienza**

Giovanna Maria Valentina Vinci

**Screening in età adulta** Martina Cimino

Discussione e Pausa

11.30-13.00 III SESSIONE: PREVENZIONE VISIVA

Moderatori: Emiliana Di Nardo - Giusi Tiziana Mannino

**Glaucoma: diagnosi e prevenzione** Salvatore Cillino

**Maculopatia** Teresio Avitabile

**Screening retinopatia diabetica: ruolo dell'Ortottista**

Monica Ciarlanti

Discussione 13.00-14.00

Pausa pranzo

14.00 **Il cerotto occlusore ideale: esiste?**

Luca Albani, Pietrasanta Pharma

14.15 **Video "MIYOSMART: le lenti intelligenti per la gestione della miopia dei più giovani"** HOYA

14.30-15.00 SESSIONE POSTER

**Rapporti visuo-spaziali 3-6 anni** F. Mondelli, L.B. Della Porta

**Caso clinico: esotropia acuta di Franceschetti**

L. Musso, L. Cibrario, A. Mazzon, N. Mistretta

**Caso clinico: paralisi VI n.c. in un bambino post Sars Covid-2**

M. Vaira, G. Giovaniello, F. Guidi

15.00-15.30 **L'ORTOTTISTA E IL TERRITORIO: progetto nazionale**

15.30 -16.30 IV SESSIONE: LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE

Moderatori: Lucia Intruglio - Arturo Carta

**Il ruolo delle società scientifiche** Dilva Drago

**Governo clinico: metodi e strumenti** Giuseppe Noto

**Formazione come tassello per la programmazione e prevenzione**

Angelo Di Naro

**Responsabilità professionista e linee guida** Giosafat Dioguardi

16.30 - 17.00 **Progetto GRO: stato dell'arte**

Gloria Badin, Gianni Zorzi

17.00-18.00 **FOCUS GROUP STUDENTI: incontro con direttivo nazionale AIOrAO**

## DOMENICA 26 SETTEMBRE 2021

**CORSO PRATICO**

8.30-10.30 **Corso di ottica fisica**

Benedetto Galeazzo - Marco Meneghini

10.30-12.30 **Esame della motilità oculare - corso I Livello**

Adriana Balzano - Emiliana Di Nardo



# TELEMEDICINA, TELEORTOTTICA

Rosalba Festa, *Ortottista Catania*

## Abstract

La situazione pandemica attuale, ha accelerato un processo di digitalizzazione della medicina e dell'assistenza che già era in corso da diversi anni.

L'Ortottista, viene coinvolto nelle attività di teleassistenza, telediagnostica e teleriabilitazione due volte:

1. come professionista sanitario della prevenzione, valutazione e riabilitazione visiva
2. come il professionista sanitario che valuta le funzioni visive prima che il paziente intraprenda qualsiasi percorso riabilitativo anche a distanza.

The current pandemic situation has accelerated a process of digitalization of medicine and assistance that had already been underway for several years.

The orthoptist is involved in remote assistance, remote diagnostics and remote rehabilitation activities twice:

1. as a health care professional in visual prevention, assessment and rehabilitation
2. as the healthcare professional who assesses visual functions before the patient undertakes any rehabilitation process, even at a distance.

La telemedicina è un mezzo per favorire un migliore livello di interazione fra territorio e strutture di riferimento, riducendo la necessità di spostamento di pazienti fragili e spesso anziani. La situazione pandemica attuale, ha accelerato un processo di digitalizzazione della medicina e dell'assistenza che già era in corso da diversi anni, questo processo ha reso necessario una regolamentazione da parte del Sistema Sanitario Nazionale, ma si rende indispensabile anche stabilire quali siano i limiti fisici, in particolar modo visivi, e psichici del

paziente.

Dal 17 dicembre 2020, dopo la pubblicazione di "Linee di indirizzo nazionali di Telemedicina", le prestazioni sanitarie a distanza entrano ufficialmente nelle opportunità offerte dal Servizio Sanitario Nazionale.

In questo documento vengono specificate quali siano ad oggi le attività di telemedicina, telediagnostica, teleassistenza, teleriabilitazione che potranno essere ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e l'ambito in cui vengono erogate e quindi le regole amministrative che devono essere applicate a tali prestazioni.

L'Ortottista assistente di oftalmologia (di seguito ortottista), viene coinvolto nelle attività di teleassistenza, telediagnostica e tele-riabilitazione due volte:

1. come professionista sanitario della prevenzione, valutazione e riabilitazione visiva<sup>12</sup>
2. come il professionista sanitario che valuta le funzioni visive prima che il paziente intraprenda qualsiasi percorso riabilitativo anche a distanza<sup>3</sup>.

Tra i canali sensoriali, fondamentale quello visivo, attraverso i nostri occhi immagazziniamo circa l'80% delle informazioni sul mondo esterno, necessarie ai diversi distretti corporei per generare una risposta motoria specifica. Dunque in questa sfera, la figura dell'ortottista, riveste un ruolo primario nella valutazione delle competenze visive necessarie ad effettuare una tele-riabilitazione.

Il progresso delle tecnologie e delle conoscenze nel campo dell'oftalmologia ci permette oggi di analizzare la retina, in modo estremamente approfondito e dettagliato, mediante tecniche di diagnostica per immagini assolutamente non invasive che consentono una diagnosi estremamente precisa ed una

<sup>1</sup> PROT. 900.6/PR.IIAG 100/3507 ACQUISIZIONE ATTI DEL 12 MARZO 1995 CON OGGETTO: REGOLAMENTI NN.403, 400, 402, 404, 405, 407, 410 E 411 concernenti l'individuazione della figura e relativi profili professionali rispettivamente del fisioterapista, dell'ortottista assistente di oftalmologia, del logopedista, dell'ostetrico/a, dell'infermiere, del dietista, del tecnico di radiologia medica: <https://aiorao.it/aiorao/index.php/risposta-del-ministero-della-sanita-alla-corte-dei-conti/>

<sup>2</sup> Ministero della Sanità - Dipartimento della Prevenzione - Ufficio I prot. n.400 1/1.3.ag.6 cont.815/1273 Relazione all'Avvocatura Generale dello Stato - Oggetto: Ricorso al TAR Lazio p/AIOrao c/ Ministero della sanità per il DM 18.12.97: <https://aiorao.it/aiorao/index.php/riabilitatorevisivo-sinonimo-di-ortottista>

<sup>3</sup> Celentano A., "Qual è il residuo visivo per la tele-riabilitazione?" Prisma 3\_2020

strategia preventiva e/o terapeutica che sono fondamentali per cercare di preservare la vista nei pazienti affetti dalle patologie della retina, quali ad esempio la degenerazione maculare legata all'età (AMD) e la retinopatia diabetica, che rappresentano oggi le cause principali di cecità nei Paesi tecnologicamente avanzati.

Avere una buona funzione visiva non significa avere esclusivamente una buona acuità visiva (i conosciuti 10/10), bisogna considerare la visione binoculare, la stabilità della fissazione, i movimenti di inseguimento lento e quelli saccadici (le saccadi di attrazione ed esplorazione), la stereopsi (capacità di percepire la tridimensionalità), i movimenti oculari coniugati, la sensibilità al contrasto, il senso cromatico, i rapporti visuo-spaziali e la costanza dell'oggetto, ecc. La funzione visiva ci permette, attraverso alcune funzioni adattive, o sottofunzioni della visione, di ottenere il controllo del capo nel neonato, l'attenzione, la coordinazione occhio - mano, la deambulazione, la lettura, la scrittura.

Uno dei particolari campi di applicazione della telemedicina è la *teleriabilitazione* che, grazie ai progressi tecnologici degli ultimi anni sta diventando un'opzione concreta da considerare quale mezzo efficace per l'erogazione di trattamenti riabilitativi a distanza.

È possibile definire la tele-riabilitazione come: "il monitoraggio ed il trattamento riabilitativo erogati con differenti intensità e complessità, in ambienti facilmente accessibili sia da parte del paziente (domicilio/distretto), che dei professionisti sanitari, attraverso le tecnologie internet e della comunicazione, con l'obiettivo di migliorare i risultati sia oggettivi che soggettivi degli stessi pazienti".

Una prima applicazione è la tele-riabilitazione ortottica del bambino che presenta alterazioni della motilità oculare attraverso una raccolta di programmi che applicano tecnologie multimediali per offrire stimoli sensoriali diversificati e graduati, rivolti a più tipologie di utenti:

- SEN Swicher: per migliorare fissazione e movimenti saccadici;
- Maestra Antonella: per la coordinazione occhio mano;
- Orthome: per migliorare punto prossimo di convergenza nell'affaticamento muscolare; L'Ortottista dopo una valutazione sensorio-motoria stila un programma riabilitativo customizzato da effettuare a distanza, necessaria la verifica via web dell'ortottista del lavoro svolto.

La stessa tipologia di riabilitazione po-

trebbe applicarsi negli adulti.

Una seconda applicazione è la tele-riabilitazione del paziente ipovedente che ci consente:

- Informazione al paziente
- Formazione del paziente attraverso una piattaforma web e una base software e/o hardware su cui sono sviluppate delle applicazioni.

Il paziente accede a dei fogli di lavoro numerati in progressione per esercitazioni alla lettura, a registrazioni audio con guida vocale che ricorda:

- 1) le regole per un corretto uso dell'ausilio,
- 2) dà indicazioni relative ad ogni foglio di lavoro.

Collegamento tramite web per una verifica del lavoro svolto attraverso la velocità di lettura.

Nonostante tali premesse l'uso della teleriabilitazione è ancora poco diffuso e ciò è imputabile a differenti ragioni tra cui:

- non c'è un programma comune per farlo decollare a livello nazionale;
- la ridotta flessibilità delle tecnologie, fondamentale per coprire le diverse esigenze riabilitative dei pazienti;
- la non adeguata copertura del territorio con servizi di banda larga (e.g. ADSL, WIFI, fibra ottica);
- la mancanza di studi di tipo economico che valutino i costi ed i benefici di tale tipo di trattamento.

Le problematiche inerenti sono:

- Dati sensibili
- Selezione paziente: rischio artefatti, chi esegue l'esame?
- Motivazione: es. distanza
- Rischio potenziale abusivismo
- Aspetto umano: rapporto personale: riabilitatore-paziente.

L'esperienza diventa apprendimento se viene stimolato il canale emotivo, importante affiancare la terapia tradizionale nei pazienti poco collaboranti.

#### Bibliografia

1. Basaglia N. *La valutazione riabilitativa globale: un diritto del paziente* Giornale Italiano di Ortottica volume 2 2009
2. Bettega S. *Computer e telemedicina nella diagnosi di strabismo* Giornale Italiano di Ortottica volume 1 2008
3. Brown M.M., Brown G.C., Sharma S, Busbee B. *Quality of life Associated with Visual Loss A Time Tradeoff utility Analysis Comparison with Medical health States* Ophthalmology 2003
4. Briziarelli A. *Vedere per camminare, vedere per leggere* Giornale Italiano di Ortottica volume 2 2009
5. *Casa salute ed ipovisione - Presentazione proposte*

- AIOrAO al Ministero della salute *Giornale Italiano di Ortottica* volume 2 2009
6. Celentano A. *Qual è il residuo visivo per la teleriabilitazione?* *Prisma* 3 2020
  7. Cicchetti *L'organizzazione dell'ospedale: fra tradizione e strategie per il futuro* 200V&P Università
  8. Cochrane A.L. *Effectiveness and efficacy: random reflections on the health services* 199 The Nuffield trust
  9. Di Quarto F. *Software riabilitativi: ipovisione e ambliopia* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 1 2008
  10. Fanton G. *Il metodo OrthHome* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 7 2014
  11. FIERSON W.M., CAPONE A. *TELEMEDICINE FOR EVALUATION OF RETINOPATHY OF PREMATURITY* *Pediatrics* January 2015, 135 (1) e238-e254; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0978>
  12. Frazzica P. *Come costruire il consenso informato, come ottenere l'alleanza terapeutica* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 1 2008
  13. Fresta R. *Le nuove frontiere della valutazione e della riabilitazione per l'ortottista* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 8 2016
  14. Gaffurri A. *La casa comune della riabilitazione* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 2 2009
  15. Milazzo G. *La legislazione per l'accessibilità dei siti internet per gli ipovedenti* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 1 2008
  16. Mondelli F. *A proposito di movimenti saccadici, spunti per la valutazione e la riabilitazione* *Giornale Italiano di Ortottica* vol. IV 2020
  17. Pennino M. *Screening e telemedicina* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 2 2009
  18. Pino O. *Il modello bio-psico sociale nell'analisi delle disabilità visive* *Ciclo Evolutivo e Disabilità*, N. 2-2002
  19. Piron L. *Teleriabilitazione: applicazioni di telemedicina in riabilitazione* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 1 2008
  20. Sabbadini G., Sabbadini L. *Guida alla riabilitazione neuropsicologica* F. Angeli 1995
  21. Sartori M. *Come costruire un programma informatico riabilitativo* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 1 2008
  22. Scimeni M. *Come e perché cambieranno i centri di ipovisione; scenari di un futuro molto prossimo* *Ipo-visione*
  23. Serano A.M., Monis M. *Elementi di valutazione economica per i professionisti della salute* 2003, Il pensiero scientifico.
  24. Zambardieri A. *Studio dei movimenti oculari nella lettura e nell'uso dei videoterminali* *Giornale Italiano di Ortottica* volume 1 2008

#### Sitografia

25. <https://assistivetechologyblog.com/2019/07/orion-clinical-trial-helps-people-with-acquired-blindness-see.html> u.a. 27 luglio 21
26. <https://www.ionos.it/digitalguide/siti-web/programmazione-del-sitoweb/screen-reader-i-software-per-gli-utenti-ciechi-o-ipovedenti/> u.a. 27 luglio 21
27. <https://www.veyes.it/veyes-wear/> u.a. 27 luglio 21
28. <http://www.letismart.it> u.a. 27 luglio 21
29. <http://www.maculagenomafoundation.org/wp/blog/portfolio/telemedicina-e-teleoculistica> u.a. 27 luglio 21
30. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2129\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf) u.a. 27 luglio 2



### Scomparsa di Silvia Compagnucci

23 Maggio 2021

È con grande tristezza che abbiamo ricevuto la notizia della scomparsa della nostra cara collega ed amica Silvia Compagnucci.

È stata sempre legata all'associazione ricoprendo in passato la carica di Presidente del direttivo regionale Toscana. Allegra, solare, la sua natura riservata ha fatto sì che noi non conoscessimo il suo percorso relativamente alla battaglia che ha combattuto. AIORAO è vicina alla famiglia in questo momento di profondo dolore.



## Lunedì 7 giugno 2021, Giornata mondiale dell'Ortottica. "Ortottico? No, Ortottista".

In partenza la campagna social della Commissione di albo nazionale Ortottista - assistente di oftalmologia in occasione della Giornata mondiale dell'Ortottica.

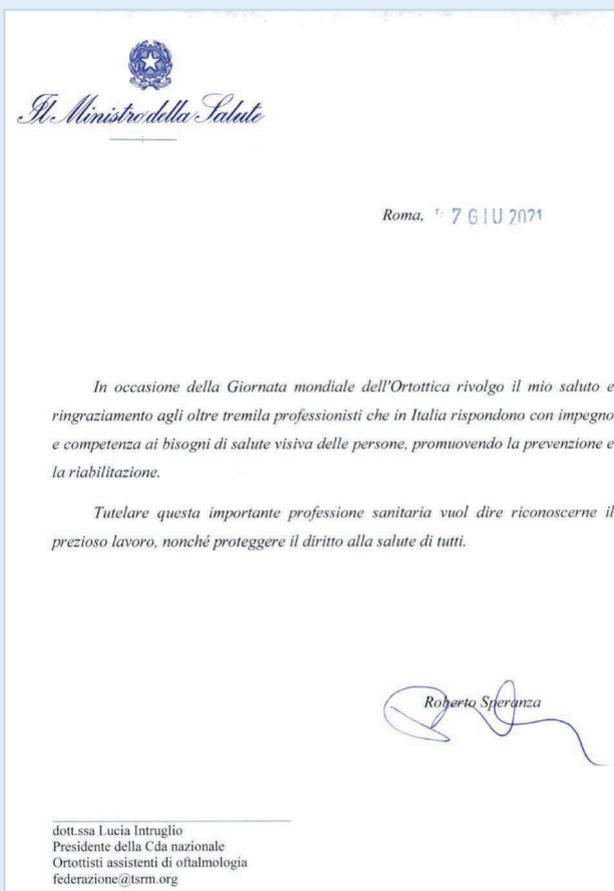
«Tutelare questa importante professione sanitaria vuol dire riconoscerne il prezioso lavoro, nonché proteggere il diritto alla salute di tutti». Roberto Speranza - Roma, 7 giugno 2021

Un motivo da inserire nella foto profilo di Facebook, uno slogan per ricordare la denominazione corretta del professionista sanitario, alcuni hashtag celebrativi: queste le iniziative lanciate dalla Commissione di albo nazionale Ortottista - assistente di oftalmologia in occasione del **World Orthoptic Day**, che quest'anno cade lunedì 7 giugno. "Festeggeremo questa ricorrenza in modalità virtuale: fino a due anni fa celebravamo la giornata offrendo al pubblico screening e campagne divulgative, ora abbiamo deciso di puntare sui social - spiega **Lucia Intruglio**, Presidente della Commissione di albo nazionale. E Mi piaceva che si giocasse con le parole. Durante una trasmissione televisiva, il concorrente di un quiz ha risposto a una domanda usando la denominazione errata 'ortottico'. La professione di Ortottista - assistente di oftalmologia non è ancora abbastanza conosciuta, perciò la nostra opera di sensibilizzazione deve partire da qui".

La Commissione di albo nazionale ha invitato tutti gli iscritti a mobilitarsi sui social, accompagnando la foto profilo con la didascalia: "Ortottico? No, Ortottista. Ortottistica? No, mi occupo di Ortottica", seguita dagli hashtag #ortottista #ortottica #orthoptic #orthoptist #ioa. L'Orthoptic Tetris Challenge, invece, "sfida" gli iscritti a fotografarsi al lavoro con una visuale dall'alto o disponendo le attrezzature secondo uno schema a griglia, per poi postare l'immagine corredata di hashtag. Fra le iniziative proposte, anche un concorso annuale di selfie: l'invito è a pubblicare un autoritratto relativo all'ortottica (con una benda sull'occhio, un prisma o gli altri strumenti del mestiere). Per quest'anno, il tema è: "Ortottisti nella pandemia COVID". "Al momento - ricorda Intruglio - gli iscritti all'albo sono 3004. Non siamo numerosi, nonostante l'ampio ventaglio di attività e competenze. Ci occupiamo di screening dall'età neonatale all'età adulta e di valutazione ortottica. Siamo l'unica professione ad avere nel nomenclatore tariffario una prestazione che porta il nostro nome e grazie alla quale possiamo effettuare una serie di rilevazioni fondamentali. Ci occupiamo di riabilitazione, sia per il ripristino della visione binoculare sia a supporto dei pazienti ipovedenti, che possono apprendere strategie per meglio orientarsi al lavoro, a casa e nello studio. Senza contare l'area diagnostica, con l'esecuzione dei numerosi esami di oculistica". Gli ambiti professionali dell'Ortottista - assistente di oftalmologia si dividono in prevenzione, valutazione e riabilitazione dell'handicap visivo, semeiotica strumentale oftalmica e assistenza strumentale in sala operatoria di oculistica. Le attività di screening, tuttavia, sono molto diversificate tra le varie realtà italiane: in età neonatale è svolto solo dall'ASP di Ragusa e in età prescolare solo da poche aziende sanitarie come Bolzano, Trento, Cuneo e Parma. In età adulta, la prevenzione può essere

fondamentale per una diagnosi precoce di maculopatia, glaucoma e retinopatia diabetica. "La professione di Ortottista - assistente di oftalmologia nasce nel 1955 per la prevenzione dell'ambliopia, conosciuta come 'occhio pigro': un occhio sano ma che funzionalmente non vede e deve essere abilitato. Effettuare screening nelle scuole materne o nelle prime due classi delle scuole elementari può essere fondamentale, perché questo tipo di disturbo, se preso in tempo, si può recuperare molto facilmente", spiega ancora Intruglio. Gli Ortottisti sono per la maggior parte liberi professionisti o dipendenti di studi privati; 849 operano nel Servizio sanitario nazionale e 280 nel sistema convenzionato. Anche se non direttamente coinvolti come professione, molti di loro hanno prestatato il proprio contributo nella battaglia contro il Covid-19. Ora la sfida è giocare un ruolo nell'assistenza territoriale del futuro e nelle campagne di prevenzione. "Servono politiche sanitarie sostenute dai bisogni di salute - conclude Intruglio. - Il primo bisogno di salute è la prevenzione. Noi non dobbiamo far ammalare le persone, dobbiamo arrivare prima. L'impegno nello screening deve essere uniforme su tutto il territorio nazionale: non possiamo avere alcune province esemplari e le altre ferme. E si deve tornare al territorio, non come slogan ma perché la prevenzione dev'essere l'obiettivo principale del Servizio sanitario nazionale. Un ambliope non trattato è un monocolo a vita".

Filmato <https://www.tsrn.org/wp-content/uploads/2021/06/GN-ortottisti-70621-MP4.mp4>



## ORTHOPTIC TETRIS CHALLENGE

riprendi il nostro lavoro con una fotografia dall'alto o disponendo le attrezzature in uno schema a griglia  
Poi posta sui social con #orthocticetris #ortottista #ortottica #aiorao #ioa

## CONCORSO ANNUALE DI SELFIE!

Pubblica sui social il tuo miglior selfie relativo all'ortottica (con una benda sull'occhio, un prisma, tutto ciò che è essenziale per il tuo lavoro di ortottista)

Il tema di quest'anno: "Ortottisti nella pandemia COVID"

Hashtag: #orthocticselfie #ortottista #ortottica #aiorao #ioa

Non dimenticare di chiedere ai tuoi colleghi, familiari, amici e pazienti di condividere la tua foto selfie sui loro canali di social media.



# World Orthoptic Day

## June 7, 2021



**Stay Tuned**

Segui il 7 giugno Lunedì l'evento sulla pagina AIOrAO di Facebook e su Youtube per festeggiare la Giornata Mondiale dell'Ortottica

**AIORAO**  
Associazione Italiana ORTOTTISTI Assistenti in Oftalmologia



World Orthoptic Day  
June 7, 2021

**SCREENING ORTOTTICO  
INDICAZIONI E SPUNTI**

. Screening ortottico - F. Mondelli  
. Interventi di screening sul territorio - C. Blengio



PIETRASANTA PHARMA S.p.A.



# MIRA GO FLEX



Via Giovanni XXIII n. 12 - 21040 Lozza (Va) - Italy  
Tel: (+39) 335 7902456 - Fax: (+39) 0332 811375  
[www.miraflex.it](http://www.miraflex.it)  
[info@miraflex.it](mailto:info@miraflex.it)



14 OTTOBRE 2021

**GIORNATA MONDIALE  
DELLA VISTA**

*Alla tua vista  
ci pensi mai?*

COMMISSIONE DI ALBO NAZIONALE DEGLI  
ORTOTTISTI - ASSISTENTI DI OFTALMOLOGIA

FNO TSRM e PSTRP

**AIORAO**

## CONVENZIONI AIORAO

**Best Western** è la catena di alberghi più diffusa al mondo, con 150 alberghi in Italia, in oltre 100 destinazioni tra le più importanti città d'arte e di affari ed in selezionate località turistiche al mare, ai laghi, alle terme e in montagna. Fino al 31 dicembre 2019, sconto del 10% negli alberghi Best Western in Italia.

Il **FAI Fondo Ambiente Italiano** ha il piacere di offrire ai soci AIORAO l'iscrizione al FAI a condizioni agevolate:

- iscrizione ordinario singolo: 29€ invece che 39€
- iscrizione ordinario coppia 50€ invece di 60€
- iscrizione ordinario famiglia 56€ invece di 66€

**GIUNTI al Punto Librerie** è la catena di librerie presenti su tutto il territorio nazionale e la convenzione valida in tutti i negozi (fatta eccezione per gli outlet) attraverso la tessera Giunticard club permetterà l'acquisto a prezzi scontati di libri, CD, DVD del Gruppo editoriale Giunti.

La convenzione con **Edizioni Centro Studi Erickson spa** permetterà ai soci AIORAO di usufruire di sconti del 15% su tutti i libri, kit, software e giochi a catalogo, 30% per i nuovi abbonati alle riviste Erickson, 10% di sconto sulle iscrizioni alle proposte formative a catalogo. Per informazioni sulle convenzioni contattare Cristina Varotti a [tesoreria@aiorao.it](mailto:tesoreria@aiorao.it)

Fondazione gimbe programma gimbe education: 15% sconto per i corsi a catalogo

# ATTIVITÀ FORMATIVE AIORAO



## CORSO AIORAO LIGURIA 2021 DIRETTA STREAMING

24 aprile 2021 ore 14:00  
EVENTO N. 71-319229  
CREDITI ECM ASSEGNATI 4,5

L'evento è registrato per le seguenti categorie: Ortottista Assistente in ftalmologia, TNPEE, Medici (Oftalmologi, Neuropsichiatri Infantili)

## PERIMETRIA

Evento num. 71-307218

Apertura iscrizioni: 15 ottobre 2020

FAD erogabile dal 01/11/2020 al 31/10/2021

Crediti ECM: 35 per ortottisti e oftalmologi

Numero partecipanti: 300

## LA RIABILITAZIONE ORTOTTICA PER IL TRATTAMENTO EFFICACE DEI DISTURBI DELLE FUNZIONI VISIVE

Caltanissetta CEFPAS 25 – 27 ottobre 2021

Crediti ECM 19,8

L'accesso sarà garantito ai primi 30 ortottisti iscritti.

Quota ridotta per i soci AIORAO. info: sicilia@aiorao.it

## PRIMO SOCCORSO: BLS D IN TEMPO DI COVID-19

Caltanissetta CEFPAS 25 – 27 ottobre 2021

Ortottisti iscritti AIORAO entro il 21 gennaio 2021: gratuito

Ortottisti iscritti AIORAO dopo il 21 gennaio 2021: 40 € (IVA compresa)

Ortottisti non Soci AIORAO e altre Professioni Sanitarie : 80 € (Iva compresa)

CREDITI ECM 30

Durata temporale del corso FAD dal 01/10/2021 al 30/09/2022

Corso articolato in 5 diverse UNITA' DIDATTICHE

## LA REFRAZIONE: GOOD PRACTICE

EVENTO NUM. 71-309809

FAD erogabile dal 15 Dicembre 2020 al 14 Dicembre 2021

Crediti ECM: 10

Numero partecipanti: 150

L'evento è registrato per le seguenti categorie:

- Ortottisti e Assistenti in Oftalmologia
- Medici chirurghi (Oftalmologi)

# ORTOPAD<sup>®</sup> SOFT

## LE ALLEGRE FANTASIE 3D



**ORTOPAD SOFT** è il nuovo occlusore per terapie ortottiche con supporto in tessuto non tessuto di cotone, colorato con particolari polimeri rigonfianti che generano un piacevolissimo effetto visivo e tattile 3D.

Le fantasie sono state appositamente studiate per i bambini (versione BOYS) e per le bambine (versione GIRLS). All'interno è presente uno schermo nero foto assorbente che ha il compito di evitare la filtrazione della luce.

Il collante è ipoallergenico, privo di solventi e senza lattice di gomma naturale. È delicato e risulta adatto alla pelle dei più piccoli.

**ORTOPAD SOFT** è disponibile nelle versioni Junior, Medium, Regular. È un dispositivo medico **CE**

  
made in Italy

 IN FARMACIA

  
**MASTER-AID<sup>®</sup>**

 PIETRASANTA PHARMA S.p.A.

[www.pietrasantapharma.it](http://www.pietrasantapharma.it)

Presidente **Daniela Fiore** (Torino)  
e-mail: presidenza@aiorao.it  
tel. 347.2822498

Vicepresidente **Flora Mondelli** (Ragusa)  
e-mail: vicepresidenza@aiorao.it  
tel. 328.8736732

Segretaria: **Adriana Balzano** (Crotone)  
e-mail: ortottisti@aiorao.it  
tel. 335.6645245

Tesoriera: **Cristina Varotti** (Parma)  
e-mail: tesoreria@aiorao.it  
tel. 347.9800940

Responsabile politiche del lavoro  
**Emiliana Di Nardo** (Roma)  
e-mail: lavoro@aiorao.it  
tel. 347.1183045

Responsabile scientifico nazionale  
**Carla Blengio** (Mondovi)  
e-mail: formazione@aiorao.it  
tel. 338.5314007

Responsabile relazioni esterne  
**Lorenzo Canavese** (Torino)  
e-mail: internazionale@aiorao.it  
tel. 388.7585667

**AIOrao via Miss Mabel, 9 - 98039 TAORMINA**

### COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente  
**Rosalba Fresta** – Linera (CT)

Consiglieri  
**Ciuccarelli Stefano** – Grottazolina (FM)  
**Zorzi Gianni** - Merano (BZ)  
**Gatti Anna** (supplente) – Genova

### COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Presidente  
**Cesare Ferrari** - Milano  
Segretaria  
**Anfosso Valeria** - Garessio (CN)  
Consigliera  
**Maria Teresa Rebecchi** - Roma

## DIRETTIVI REGIONALI AIORAO

**Abruzzo** e-mail: abruzzo@aiorao.it  
Telesca Angela (presidente), Michela Calandra (segretaria)

**Basilicata** e-mail: basilicata@aiorao.it  
Caivano Carmela (presidente) tel. 328.2488367 e-mail: carmelacaivano@alice.it; Rossana Lavinia (segretaria), Papa Carmela (tesoriere)

**Calabria** e-mail: calabria@aiorao.it

**Campania** e-mail: campania@aiorao.it  
Annamaria Avella (presidente), Maria Grazia Tessitore (segretaria), Alfredo Palmieri (tesoriere), Mariacristina Daniele (responsabile politiche del lavoro), Pasquale Cirillo (responsabile politiche della formazione)

**Emilia Romagna** e-mail: emiliaromagna@aiorao.it  
Piera Perri (presidente), Checchin Giulia (segretaria e responsabile politiche del lavoro), Silvia Mancipopi (tesoriera), Sabrina Crisafulli (responsabile della formazione)

**Friuli** e-mail: friuli@aiorao.it  
Mirella Felletti (presidente), Greta Codutti (segretaria), Leonardo Grasso (tesoriere), Stefano Vergallo (responsabile delle politiche del lavoro), Simonetta Geotti (responsabile della formazione)

**Lazio** e-mail: lazio@aiorao.it

Maria Teresa Rebecchi (presidente), Federica Petrocchi (segretaria), Di Nardo Emiliana (tesoriere), Donatella D'arce (responsabile politiche del lavoro)

**Liguria** e-mail: liguria@aiorao.it  
Giuseppe Rao (presidente)

**Lombardia** e-mail: lombardia@aiorao.it  
Mariella Bana (presidente e responsabile della formazione), Sofia Marchesi (tesoriere)

**Marche** e-mail: marche@aiorao.it  
Daniela Maggi (presidente), Alessandra Renganeschi (segretaria)

**Molise** e-mail: molise@aiorao.it  
Daria D'Innocenzo (presidente)

**Piemonte** e-mail: piemonte@aiorao.it  
Paola Bosso (presidente); Lara Cavaglia (segretaria), Giulio Piana (tesoriere), Valentina Peisino (responsabile formazione), Davide Putignano (responsabile politiche del lavoro).

**Puglia** e-mail: puglia@aiorao.it  
Angela Soccio (presidente) tel. 348 4227481, Mariella Impagliatelli (segretaria), Stefania Cordella (tesoriera)

**Sardegna** e-mail: sardegna@aiorao.it  
Michela De Muro (presidente), Elena Corda (segretaria)

**Sicilia** e-mail: sicilia@aiorao.it  
Flora Mondelli (presidente) tel. 3288736732, Giusi Mannino (segretaria), Benedetto Galeazzo (tesoriere), Francesca Cavallaro (responsabile della formazione)

**Toscana** e-mail: toscana@aiorao.it  
Silvia Nesti (presidente), Silvia Compagnucci (segretario), Ilaria Malucchi (tesoriere), Jacopo Secci (responsabile politiche del lavoro), Elena Febbrini del Magro (responsabile formazione)

**Trentino Alto Adige**  
e-mail: trentinoaltoadige@aiorao.it  
Karin Waldhauser (presidente), Cinzia Quici (segretaria), Valentina Franchini (tesoriere)

**Umbria** e-mail: umbria@aiorao.it

**Veneto** e-mail: veneto@aiorao.it  
Francesca Bega (presidente); Anna Padoan (segretaria); Sara Bernecole (tesoriera); Giulia La Mantia (responsabile politiche del lavoro), Angela Piovani (responsabile della formazione)

**Valle d'Aosta** e-mail: valledaosta@aiorao.it  
Elena Trabbia (presidente)

# ORTOLUX®

## Protezione oculare sterile

TRASPARENTE, LEGGERA,  
ERGONOMICA.

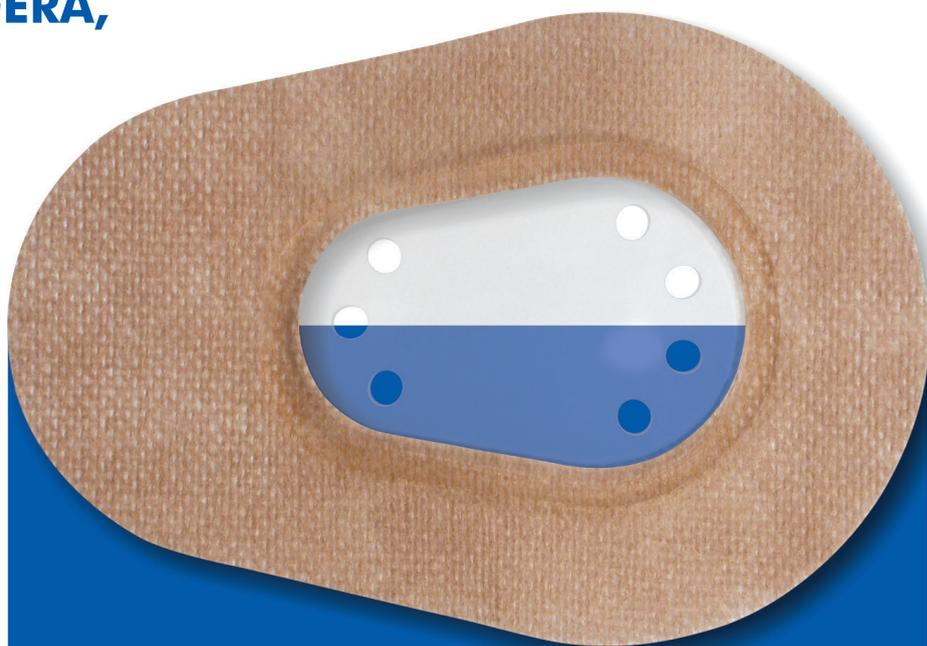
ORTOLUX® e  
ORTOLUX® AIR  
- con valva forata - sono  
disponibili nei formati:



Large  
80 x 114 mm



Small  
68 x 96 mm



- Protezione oculare autoadesiva e confortevole. L'adesivo utilizzato è ipoallergenico e privo di solventi. Adatto anche per cute particolarmente delicata; garantisce un comfort elevato anche nell'uso prolungato.
- Valva trasparente infrangibile, di forma anatomica. Si adatta perfettamente alla zona periorbitale.
- Indicato nei casi di decorso post operatorio e di patologie a carico dell'occhio quali secchezza oculare, blefarocalasi, lagofalmo e ptosi.