

42° Congresso nazionale AIOrAO

Professione Ortottista: obiettivi emergenti

Verona 27-30 maggio 2010



Programma definitivo, obiettivi e abstract

Giovedì 27 maggio

ESSERE IN RELAZIONE

- ore 8.00 Registrazione dei partecipanti
ore 8.20 Saluto della presidente nazionale **Lucia Intruglio**
Saluto delle Autorità
In ricordo di **Laura Bandini**

Moderatori: **Maria Caterina Baruffi** (Verona), **Lucia Intruglio** (Messina)

LA RELAZIONE NELLA DIVERSITÀ

- ore 8.30 Fenomeno migratorio e società multi-etnica e multiculturale **Carlo Melegari** (Verona)
ore 8.55 Interculturalità, multiculturalità, transculturalità: chiarimenti **Carla Blengio** (Mondovì)
ore 9.05 Concetto di malattia nelle varie culture **Maria Grazia Oliva** (Carpi MO)
ore 9.20 I diritti degli individui e il SSN **Maurizio Benato** (Padova)
ore 9.40 Globalizzazione e salute **Adriano Cattaneo** (Trieste)
ore 10.00 Patologie oftalmiche emergenti e riemergenti **Edoardo Midena** (Padova)
ore 10.20 Fallimento del progetto migratorio e sofferenza psichica **Gabriel Maria Sala** (Verona)
ore 10.45 L'approccio transculturale e interculturale dell'aver "cura" nelle professioni sanitarie **Guglielmo Pitzalis** (Udine)
ore 11.00 discussione

LE COMPETENZE COMUNICATIVE

- ore 11.30 Relazione professionista sanitario - paziente
Caratteristiche della relazione d'aiuto e del rapporto supportivo; La gestione del reclamo e delle relazioni conflittuali nell'ambito del processo assistenziale **Agostino Portera** (Verona)
ore 12.00 La comunicazione come cura
Medicina basata sulla narrazione; Counselling **Marcello Zancan** (Padova)
ore 12.30 discussione
ore 13.00 pausa pranzo

Moderatori: **Claudia Campana** (Torino), **Marco Montes** (Roma)

COMUNICOPATIE

- ore 14.00 Patologie della comunicazione
alterazioni organiche del sistema nervoso centrale; alterazioni organiche sensoriali periferiche e centrali; alterazioni organiche delle strutture esecutive periferiche; audimutismo da inadeguatezza socio-culturali; ritardo semplice di linguaggio **Leonardo Zocante** (Verona)
ore 14.30 Comunicopatia nell'ipovisione **Flora Mondelli** (Ragusa)
ore 14.45 Multicanalità della comunicazione e necessità di un approccio multidisciplinare **Cristina Elia** (Mestre)
ore 15.00 discussione

COMUNICAZIONE E LAVORO

- ore 15.15 Relazione nell'equipe lavorativa
La comunicazione assertiva; Processi integrativi nell'equipe professionale; L'importanza delle relazioni in ambito organizzativo: i ruoli, le posizioni ed i comportamenti; Le dinamiche del gruppo professionale **Michela Rimondini** (Verona)
ore 15.45 La relazione nel gruppo interprofessionale e interdisciplinare
Le dinamiche del gruppo interprofessionale; La gestione delle relazioni conflittuali nell'ambito dei gruppi di lavoro; Strategie e metodi per migliorare le relazioni nel gruppo di lavoro e sviluppare il potenziale del gruppo **Massimo Bellotto** (Verona)
ore 16.30 discussione

COMUNICAZIONI A TEMA:

La comunicazione efficace ed etica nelle Aziende Sanitarie

S.Compagnucci, A.Tognoni

ore 17.00 Presentazione in sala plenaria del corso di “**ORIENTAMENTO E MOBILITÀ E PROGETTAZIONE DI AMBIENTI COMPATIBILI PER L’IPOVEDENTE**” (corso A)

Nico Caradonna (Bari), **Benedetto Galeazzo** (Palermo)

ECM: 6 crediti ECM per Medico chirurgo (Discipline: Oftalmologia e Area interdisciplinare) 7 per Ortottista/Assistente di oftalmologia

Venerdì 28 maggio

STRABISMO IN ETÀ ADULTA

Moderatori: Mariateresa De Rito (Catanzaro), **Umberto Merlin** (Rovigo)

ore 8.30 Qualità della vita nello strabico **Maria Teresa Rebecchi** (Roma)

ore 8.45 Benefici funzionali del trattamento dello strabismo negli adulti **Emiliana Di Nardo** (Venafro IS)

ore 9.00 La valutazione dello strabismo negli adulti: aspetto motorio **Maria Grazia Merlo** (Trento)

ore 9.25 La valutazione dello strabismo negli adulti: aspetto sensoriale **Patrizia Rossato** (Bassano Del Grappa)

ore 9.50 Trattamento non chirurgico delle alterazioni binoculari acquisite dell’adulto e dello strabismo infantile scompensato in età adulta **Patrizia Scimone** (Campobasso)

ore 10.15 Esame della rifrazione nello strabico adulto **Adriana Balzano** (Crotone)

ore 10.45 Cause e prevenzione della diplopia dopo chirurgia refrattiva **Antonella Veronese** (Padova)

ore 11.00 Trattamento chirurgico dello strabismo in età adulta **Massimo Pedrotti** (Vicenza)

ore 11.25 discussione

ore 13.00 pausa pranzo

I PRISMI

Moderatori: Adriana Balzano (Crotone), **Sara Bettega** (Milano)

ore 14.00 I prismi: concetti di fisica e materiali **Valentina Bellunato** (Oderzo TV)

ore 14.10 Prismi nella diagnostica ortottica **Marianna Sturaro** (Legnago VR)

ore 14.20 Prismi nella terapia ortottica **Immacolata Frezza** (Verona)

ore 14.30 Prismi nel nistagmo **Stefano Ciuccarelli** (Grottazzolina)

ore 14.40 Prismi e paralisi muscolari **Cristina Varotti** (Parma)

ore 14.50 Prismi e anomalie del campo visivo **Rosalba Fresta** (Catania)

ore 15.00 Prismi nella riorganizzazione spaziale **Davide Bottin** (Bolzano)

ore 15.15 Prismi e maculopatia **Erika Albiero** (Peschiera)

ore 15.25 Test di adattamento prismatico: utilità e limiti **Dario Catalano** (Trieste)

ore 15.35 Effetti prismatici indesiderati o volontariamente indotto dalle lenti **Nicolò Ceccarelli** (Milano)

ore 15.45 discussione

COMUNICAZIONI A TEMA:

Chirurgia dello strabismo secondario ad oftalmopatia tiroide associata: importanza della valutazione ortottica intra-operatoria. Nostra esperienza.

S.Mancioppi, P.Perri, S.Villa, A.Barducco, S.Maddii, G.Petrucci, F.Franco (Ferrara)

Trattamento coadiuvante con lenti a tempiale di un caso di deglutizione atipica con alterato controllo posturale

D.Drago, D.Canu, S.Fontana, G.Bonin (Vicenza)

Nostra esperienza sulle ricadute funzionali dell'intervento correttivo di strabismo in pazienti adulti con strabismo infantile

S.Fontana, D.Canu, G.Bonin, D.Drago (Vicenza)

Analisi dei risultati negli interventi chirurgici per deficit del G.O. non acquisito

S.Fontana, D.Canu, G.Bonin, D.Drago (Vicenza)

ECM: n. 10019358 per Medico chirurgo (discipline Oftalmologia, Area interdisciplinare, Geriatria, Neurologia, Medicina generale, Medicina fisica e riabilitazione) e 5 crediti per Ortottista/Assistente di oftalmologia

ore 16.30 Assemblea SOCI AIOrAO

Sabato 28 maggio

PROJECT MANAGEMENT

Moderatore: **Marco Montes** (Roma)

ore 8.30 Principi di project management

Elementi di tecnica progettuale per obiettivi socio-sanitari: indicazioni pratiche per la stesura di un progetto; Gli strumenti; Lavorare per progetti in sanità **Giuseppe Pernigo** (Verona)

ore 9.30 discussione

ECM: 1 credito per Medico chirurgo (Discipline: Oftalmologia, Area interdisciplinare, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, organizzazione dei servizi sanitari di base) e per Ortottista/Assistente di oftalmologia

APRASSIE e DISPRASSIE

Moderatori: **Dilva Drago** (Vicenza), **Laura Tomazzoli** (Verona)

PROGETTO LESSICO PROFESSIONALE COMUNE

Disturbi della coordinazione motoria

Cosa vedo? Cosa dovrei vedere? Cosa significa? Come si chiama?

ore 10.00 Il neuropsichiatria **Agnese Suppiej** (Padova)

ore 10.30 L'ortottista **Alessandra Carbonero** (Mondovì)

ore 11.30 Scheda di valutazione condivisa per ortottisti

ore 12.00 Gruppi di lavoro sulla scheda di valutazione nelle aprassie e disprassie

ore 13.00 pausa pranzo

DISPRASSIA

Moderatore: **Dilva Drago** (Vicenza)

ore 14.00 Le disprassie

Disprassia verbale e disprassia generalizzata; Disprassia e paralisi cerebrale infantile; Disprassia e deficit cognitivo; La disprassia evolutiva e il disturbo di apprendimento non verbale; Disprassia e disgrafia; Disprassia in età evolutiva **Flavio Boscaini** (Verona)

ore 14.25 Disprassia di sguardo **Antonella Greco** (Catania)

ore 14.45 Protocollo APCM Protocollo per la valutazione delle abilità prassiche e della coordinazione motoria (APCM) **Maria Denisa Rondinelli** (Roma)

ore 15.15 Conoscere gli strumenti: ICD-10, ICF, ICF-CY - Presentazione dello strumento e confronto pubblico-esperto **Andrea Martinuzzi** (Conegliano)

ore 15.35 Discussione

LO SGUARDO DEGLI ALTRI: ORTOTTICA NEL MONDO

ore 15.50 Moderatori **L. Intruglio**, **S.Bettega**

Tavola rotonda:

I requisiti base per l'accreditamento professionale

I requisiti per l'accreditamento all'eccellenza **D.Bottin, M.De Rito, D.Drago, M. Montes, M.Oliveira, M.Von Poppel**

ore 16.50 Standardizzazione dei tests di Ortottica nel Sud della Svezia per assicurare un elevato livello di qualità **Konstantin Moutakis** (Lund - Svezia)

ECM: 4 per Medico chirurgo (Discipline: Oftalmologia, Area interdisciplinare, Neuropsichiatria infantile, Pediatria (Pediatri di libera scelta), Medicina fisica e riabilitazione, Audiologia e foniatría) e 5 per Ortottista/Assistente di oftalmologia

ore 17.20 Introduzione al "**CORSO PRATICO DI OCT**" (corso E) **Monica Ciarlanti** (Chiavari)
Introduzione e fondamenti fisici della tomografia ottica computerizzata; Istruzione tramite video per l'esecuzione pratica dell'esame

Domenica 30 maggio

OCT (TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE)

Moderatori: **Carla Del Sal** (Treviso), **Alessandro Galan** (Padova)

ore 8.30 La retina all'OCT: analisi delle strutture retiniche all'OCT confrontate con le sezioni anatomiche-istologiche **Stefano Fabris** (Treviso)

ore 8.45 OCT guida alla lettura della mappa **Monica Ciarlanti** (Chiavari GE)

ore 9.00 La patologia retinica all'OCT (sindromi preretiniche, intraretiniche, sottoretiniche) **Stefano Casati** (Verona)

ore 9.20 OCT e glaucoma **Michele Marraffa** (Verona)

ore 9.40 OCT e Fluorangiografia **Elisa Bellesini** (Negrar VR)

ore 9.55 OCT e MPI **Enrica Convento** (Peschiera BS)

ore 10.10 OCT nella pratica clinica: come e quando integrarlo con gli esami convenzionali **Roberto Bellucci** (Verona)

ore 10.30 La gestione delle maculopatie **Giorgio Beltrame** (Pordenone)

ore 10.50 Utilità dell'OCT nelle strategie di fotocoagulazione **Stefano Piermarocchi** (Padova)

ore 11.15 OCT di nuova generazione **Grazia Pertile** (Negrar VR)

ore 11.35 Gli errori da evitare nell'esecuzione dell'OCT **Fabio Di Cerbo** (Negrar VR)

ore 12.00 discussione

COMUNICAZIONE A TEMA:

Valutazione dell'edema maculare in pazienti affetti da retinopatia diabetica: studio comparativo delle immagini acquisite con Nidek F-10 in modalità retro mode, OCT Cirrus ed OCT Spectralis M.Calandra (Chieti)

ore 13.00 **Consegna premi AIOraO**

Migliore tesi AA 09-10: **Barbara Matteo**

Migliore corso di laurea in Ortottica: **Università degli Studi di Ferrara**

Migliore Progetto PPA – AIOraO:

Vedere bene leggere meglio

Ortottica in viaggio

Ortottica per un futuro di solidarietà

Migliore comunicazione scientifica: **Cause e prevenzione della diplopia dopo chirurgia refrattiva**

ore 13.30 Chiusura dei lavori

NUMERI DI REGISTRAZIONE ECM ASSEGNATI: 4 per Medico chirurgo (Discipline: Area interdisciplinare, Oftalmologia, Medicina generale (Medici di famiglia); 10006882 per Ortottista/Assistente di oftalmologia

ATTIVITÀ FORMATIVE IN PARALLELO

Gli iscritti al 42° Congresso nazionale potranno partecipare al Simposio SEMORI e ai corsi denominati con le lettere A, B, C, D, E, F; l'organizzazione si farà carico di predisporre la partecipazione ai singoli corsi in base alle adesioni pervenute al momento dell'iscrizione e alla disponibilità delle aule in dotazione. In caso di richieste eccedenti si terrà conto dell'ordine di arrivo.

SIMPOSIO SEMORI “VALUTAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA NEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO”

www.semori.it

ECM 2 crediti per Medico chirurgo (area interdisciplinare); n. 10007691 per Psicologi; n. 10007693 per Logopedista; 3 crediti per Ortottisti, Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapisti occupazionale

Corso A

“ORIENTAMENTO E MOBILITÀ E PROGETTAZIONE DI AMBIENTI COMPATIBILI PER L'IPOVEDENTE”

Istruttori: *Nico Caradonna* (Bari), *Benedetto Galeazzo* (Palermo)

Corso B

“MATERIALI E METODI IN IPOVISIONE”

Istruttore: *Flora Mondelli* (Ragusa)

Corso C

“LA PRESCRIZIONE PRISMATICA”

Istruttore: *Rosalba Fresta* (Catania)

Corso D

“STANDARDIZZAZIONE DEI TESTS DI ORTOTTICA PER ASSICURARE UN ELEVATO LIVELLO DI QUALITÀ”

Istruttore: *Konstantin Moutakis* (Lund - Svezia)

Corso E “

“CORSO PRATICO DI OCT”

Istruttore: *Monica Ciarlanti* (Chiavari)

Corso F

“AUSILI PER IPOVEDENTI”

Istruttore: *Roberto Iazzolino* (Milano)

Per i Delegati AIOrAO:

26 maggio ore 16.00:

Corso G

“ORTOTTISTA: POLITICHE DEL LAVORO”

Istruttori: *Lucia Intruglio*, *Marco Montes*

ECM 5 crediti per Ortottisti

Corso H

“ORTOTTISTA: POLITICHE DELLA FORMAZIONE”

Istruttori: *Mariateresa De Rito*, *Dilva Drago*

ECM 5 crediti per Ortottisti

30 maggio ore 15.00:

Corso I

“L'ASSOCIAZIONE AIORAO”

Istruttori: *Adriana Balzano*, *Sara Bettega*, *Davide Bottin*, *Gabriella Calandrucchio*, *Lucia Intruglio*

ECM 4 crediti per Ortottisti

ESSERE IN RELAZIONE

giovedì 27 maggio 2010

OBIETTIVI DELL'EVENTO

L'art. 32 della Costituzione italiana garantisce il diritto alla salute a tutte le persone che risiedono e transitano nel nostro paese.

Paese che è sempre più attraversato da culture, popoli, lingue e differenze.

Sapersi orientare, comunicare, accogliere non sempre è facile ma più di tutti il personale sanitario lo ha come obbligo etico e deontologico.

L'evento si propone di chiarire i concetti di interculturalità, multiculturalità e transculturalità; le patologie legate al fenomeno migratorio, gli approcci comunicativi fra professionista e paziente e fra professionisti in ambito lavorativo.

Si accennerà alle patologie della comunicazione e alla terapia della sordità perché è utile conoscere altri aspetti dello specifico professionale per poter meglio operare e non certo per invadere il campo di altri professionisti.

L'evento si concluderà con la presentazione del corso pratico di orientamento e mobilità per soggetti ipovedenti e delle nostre consulenze per progettare ambienti favorevoli all'ipovedente.

ABSTRACT DELLE RELAZIONI

Interculturalità, multiculturalità, transculturalità: chiarimenti

L'affermarsi della multi-etnicità/ multiculturalità della struttura sociale pone alla medicina il problema del come porsi nei confronti di culture diverse rispetto a quella nel cui ambito essa è nata ed è stata praticata; tale multiculturalità e i modi in cui esprime il bisogno di salute inducono oggi l'organizzazione sanitaria pubblica ad adottare percorsi e pratiche adeguati alle caratteristiche, alla peculiarità degli usi e costumi propri dell'utenza; si può affermare così che anche il fenomeno migratorio può contribuire a determinare un modello di Sanità più attento alla realtà delle persone.

Da qui l'importanza di conoscere il significato di questi tre concetti per poter ottemperare al nostro codice deontologico:

“CAPO I – DOVERE, INDIPENDENZA E DIGNITÀ PROFESSIONALE

Art. 4 - L'Ortottista - Assistente in Oftalmologia esercita la propria professione con la finalità esclusiva del rispetto delle persone umane, indipendentemente da valutazioni circa la nazionalità, la razza, le idee politiche, le condizioni sociali, il sesso e le preferenze sessuali, nel rispetto della personalità, identità culturale e credo religioso dei pazienti e dei colleghi”

Concetto di malattia nelle varie culture

Secondo la Costituzione dell'OMS la salute è “lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia”.

L'OMS ha cercato di rendere operative, a partire dagli anni ottanta, due strategie che vanno sotto il nome, rispettivamente, di "promozione della salute" e di "strategia della salute per tutti". Ciò soprattutto nella consapevolezza che la salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non il semplice prodotto di una organizzazione sanitaria. Per millenni la malattia è stata considerata un fenomeno magico-religioso. Nella Grecia antica con Ippocrate si ha una medicina razionale fondata sull'osservazione. In seguito le concezioni di salute e malattia sono rimaste non scientifiche fino agli ultimi secoli. Con la nascita della medicina scientifica (alla fine del Settecento) nasce il modello bio-medico in concomitanza con la nascita della società industriale, il modello bio-medico si occupa più della malattia che non della salute e delle condizioni di vita e lavorative della popolazione. Nel XX secolo si sviluppa uno specialismo esasperato per cui l'individuo si identifica addirittura con una sola "parte", "un organo", negando così l'individuo come persona. Il concetto di salute globale invece porta con sé una concezione della persona come unità psico-fisica interagente con l'ambiente circostante che è il

presupposto per "una promozione ed educazione alla salute" e una "medicina della persona" nella sua totalità.

In Italia la popolazione immigrata è composta soprattutto da individui giovani adulti: più del 65% degli immigrati è compreso nella fascia di età tra i 19 e i 40 anni, e godono pertanto di buona salute, come la popolazione residente di questa fascia di età. A questo si aggiunge il fenomeno conosciuto come effetto "migrante sano", una sorta di autoselezione che precede la migrazione: chi può e decide di partire è in genere dotato delle migliori qualità psico-fisiche e relazionali, di doti di intraprendenza e di stabilità emotiva. Il processo migratorio, negli ultimi anni, ha assunto in Italia caratteristiche del tutto nuove, anche se prevedibili e attese: non si parla più di emergenza e di contingenza, ma di fenomeno strutturale. Nel corso del tempo, all'iniziale spostamento di un numero preponderante di maschi adulti, provenienti soprattutto dal Nord-Africa in cerca di lavoro, è seguito lo spostamento delle famiglie e, contemporaneamente, l'arrivo di un nuovo tipo di migranti: donne provenienti dai paesi dell'Est-Europa, che vengono raggiunte dai figli e, spesso, dalle madri. L'immigrazione tende verso caratteristiche di stabilità, comprovate da un costante processo di ricongiunzione familiare e da una crescita della componente femminile (47% del totale). Il fenomeno migratorio ha, dunque, una doppia dinamicità: crescono gli stranieri di lunga durata e, parallelamente, gli arrivi di nuovi migranti e si articolano diversamente aspettative e bisogni.

Questa nuova realtà impone un adeguamento della cultura e della organizzazione dei servizi, per quei cittadini stranieri che hanno particolari problemi di orientamento e di integrazione a causa delle differenze linguistiche e/o culturali,

Sul concetto di malattia, com'è noto, esistono notevoli divergenze d'opinione, non solo tra i filosofi, ma anche tra i medici, tanto che appare ancora attuale l'osservazione del 1926 di Viktor von Weizsacher ¹ "il fatto che la medicina odierna non posseda una propria dottrina sull'uomo malato è sorprendente, ma innegabile". Il paziente straniero, colui che per definizione appartiene ad un'altra cultura e che può avere un suo modo di pensare, di vedere il mondo, di concepire la malattia, sia intesa come disturbo mentale che come patologia fisica/organica e che può avere una propria concezione di cura, ha bisogno di una profonda riflessione e soprattutto conoscenza del concetto di "salute" e malattia". Quindi, in una società multiculturale com'è quella in cui viviamo, la conoscenza del concetto di malattia nelle varie culture è fondamentale, soprattutto per gli operatori sanitari che si trovano quotidianamente ad interagire con utenti di varie etnie.

I diritti degli individui e il SSN

La tutela della salute è un impegno politico rilevante e cruciale per i governi e richiede competenze e molta attenzione. Si presenta come una grande sfida in cui si devono affrontare diversi piani di ragionamento incentrati non solo sulla presenza di contenuti scientifici metodologici propri delle professioni sanitarie, sugli scopi da darsi, sui modelli di cui dotarsi, sulle tecniche, sulle risorse implicabili o implicate, ma anche sugli aspetti giuridico-formali, sul piano delle attese, dei bisogni, delle soddisfazioni dell'utenza perchè in questo campo l'azione politica tocca di riflesso scelte umane che ad essa sono correlate.

Un ulteriore fattore di forte attenzione di governo è costituito dal fatto che gruppi e comunità aliene rispetto alle maggioranze chiedono, non tanto l'integrazione, e sul piano politico il riconoscimento di eguali diritti di cittadinanza, quanto il riconoscimento del valore in sé della propria differenza da cui far derivare diritti differenziati e asimmetrici anche in campo sanitario.

Il quadro che si presenta molto complesso appare composto dalla interrelazione fra un pluralismo dei valori, un pluralismo delle appartenenze, un pluralismo delle culture.

La bioetica in generale, l'etica e la deontologia professionale, costituiscono ambiti specifici nei quali l'emergenza delle questioni connesse al pluralismo è particolarmente sentita e impone la costante individuazione di adeguate strategie e misure regolative facilitanti l'organizzazione e il governo di una società ormai miscela di culture. Il diritto alla salute trova la sua collocazione tra i diritti sociali e di conseguenza implica per lo stato solo un obbligo positivo che si presenta dipendente dall'iniziativa politica in grado di conferire ad esso un contenuto concreto e preciso.

Le professioni sanitarie devono riflettere su dove nascono o si nascondono le difficoltà legate alla garanzia di tale diritto, su dove sono possibili scelte più efficaci nella sua concettualizzazione, per favorire una sua ricollocazione che permetta l'impostazione di nuovi percorsi attuativi di tutela. Un compito etico, da cui non dobbiamo sottrarci, per concretizzare il riconoscimento dei diritti umani universali che tutelano l'individuo rispetto alla comunità di appartenenza, per favorire un clima di conforto e di dialogo tra le diverse etnie coabitanti nel medesimo territorio.

Patologie oftalmiche emergenti e riemergenti

Le affezioni oculari sono in continuo mutamento non solo per fattori biologici intrinseci, ma soprattutto per i condizionamenti indotti dal modificarsi delle popolazioni. Il significativo aumento della vita media con conseguente incremento dei soggetti anziani, stili di vita inadeguati e portatori di disturbi del metabolismo e l'immigrazione sono i fattori che hanno modificato il panorama delle malattie oculari. Ci si confronta quindi con disturbi dell'età molto avanzata o secondari al diabete da un lato, e malattie infettive considerate "scomparse" dall'altro. L'attenzione non può più quindi essere concentrata solo sull'occhio come organo, ma deve essere in grado di cogliere tutti i fattori concomitanti e condizionanti l'entità clinica.

L'approccio transculturale e interculturale dell'aver "cura" nelle professioni sanitarie

Prendersi cura delle persone con un approccio transculturale significa essere attenti e sensibili alle diversità di cultura, di atteggiamento, di aspettative; non dare mai nulla per ovvio né scontato, rinunciare a protocolli rigidi, riconoscere i pregiudizi e confrontarsi con gli stereotipi, porre la massima attenzione alle esperienze vissute dalle persone, ascoltare i sintomi della sofferenza, riconoscendo il valore simbolico delle parole, valutare come la malattia viene vissuta all'interno del gruppo sociale e della comunità di riferimento, accogliere le differenze dei contesti linguistici, etnici e culturali di diverse appartenenze e di multiple identità, costruire reti dove il sanitario ed il sociale camminano assieme in una ottica pluridisciplinare e multiprofessionale, valorizzare il contributo e l'intervento dei mediatori culturali.

LE COMPETENZE COMUNICATIVE

Relazione professionista sanitario-paziente in setting interculturale

Nelle strutture sanitarie italiane, ospedali, cliniche e consultori, ma anche negli studi privati, cresce in maniera esponenziale il numero degli utenti immigrati, portatori di lingua, cultura valori, religioni e modalità comportamentali differenti. Dall'ultimo Dossier statistico (dicembre 2009) della Caritas di Roma 4 milioni e 330 mila cittadini stranieri (7,2% della popolazione totale) sono presenti in territorio italiano. Fra cui: 2 milioni di lavoratori e 862 mila minori figli di genitori stranieri (un decimo della popolazione minorile), con 629 mila presenze a scuola. Da ricerche pregresse (A. Portera, Tesori sommersi. Emigrazione, identità, bisogni educativi interculturali. Franco Angeli, Milano, 2006) emerge con chiarezza come la maniera di percepire la salute e la malattia, persino l'atteggiamento al dolore e alla sofferenza, variano in base al retroterra culturale. Pertanto, anche le attese circa la cura sono profondamente correlate alla cultura di origine e non possono rimanere non considerate in un rapporto curativo.

Nel corso del mio intervento affronterò in particolare la relazione professionale tra operatore sanitario e paziente: quali ulteriori conflitti scaturiranno? Quali strategie comunicative attuare? Come rispondere alle ulteriori richieste?

Oltre alle esperienze cliniche, un valido sostegno in tal senso perverrà dalle più recenti riflessioni nel settore della pedagogia interculturale, attualmente la risposta educativa più idonea alla globalizzazione degli esseri umani e delle loro forme di vita e alla presenza a scuola del pluralismo etnico, linguistico e culturale. Tale cambiamento di paradigma è da definire rivoluzionario nella misura in cui ha permesso di superare le strategie educative a carattere compensatorio, dove l'emigrazione e la vita in contesto multiculturale erano intesi solamente in termini di rischio di disagio o di malattia. L'approccio educativo o di insegnamento interculturale prende atto della continua evoluzione, della dinamicità delle singole culture e delle singole identità. Ciò permette di

considerare l'alterità in termini di risorsa, riconoscendo l'opportunità di arricchimento e di crescita dall'incontro e dal confronto col diverso.

COMUNICOPATIE

Comunicopatia nell'ipovisione

Cos'è la comunicazione? Uno scambio tra due o più persone, che viene realizzata attraverso diversi canali i più noti sono:

1. canale uditivo -verbale
2. canale visivo -grafico
3. canale visivo -mimico gestuale.

Quando per vari motivi si realizza una compromissione della comunicazione si parlerà di comunicopatia.

La rieducazione della comunicazione non si può realizzare senza la riabilitazione degli organi periferici della comunicazione, per esempio, in caso di ipovisione, è chiaro che sarà necessario affrontare il problema in modo da potere utilizzare il canale visivo compromesso o vicariarlo insieme ad altri canali per poter realizzare, secondo i dettami dell'OMS il benessere psico-fisico della persona.

Multicanalità della comunicazione e necessità di un approccio multidisciplinare

La comunicazione costituisce la dimensione primaria della vita e dell'azione sociale dell'uomo e va intesa come un permanente processo che utilizza tutte le modalità sensoriali e a seconda delle circostanze un determinato codice espressivo può prevalere rispetto ad un altro.

Si differenzia dall'informazione in quanto il messaggio che si vuole trasmettere è bidirezionale e comporta una partecipazione emotiva da parte delle persone orientate intenzionalmente l'una verso l'altra. Affinchè la comunicazione sia efficace è necessario che il codice espressivo usato sia condiviso tra emittente e ricevente e che quindi si attui il feedback.

In ambito sanitario rappresenta uno strumento essenziale e permette di capire la reale natura del problema della persona assistita, condizionando l'accettazione delle indicazioni date.

Il paziente va considerato come essere nella sua globalità e per questo è necessario che più figure professionali mettano in comune le proprie conoscenze, competenze ed abilità per prendersi cura della persona.

La comunicazione efficace ed etica nelle Aziende Sanitarie

S.Compagnucci, A.Tognoni

La ragione d'essere di un' Azienda Sanitaria pubblica consiste nel fornire informazioni corrette, a volte mirate a target diversi di popolazione, attraverso l'ausilio di strumenti efficaci, ma ad essi è necessario correlare i diritti dell' informazione (informare, informarsi ed essere informato), per definire i compiti della comunicazione pubblica nei confronti dei cittadini. Per questo motivo devono essere messe in campo idee, informazioni, esperienze, che siano al passo con i tempi e che diano una giusta immagine dell' organizzazione e siano allo stesso tempo, uno strumento perché il cittadino possa capire il grado di accuratezza nell' erogazione delle prestazioni e della sua presa in carico. Tutte le funzioni realizzate dall' organizzazione presuppongono interazione sia con l' esterno che con l'interno, per cui non è sufficiente creare servizi specializzati (URP, Ufficio Stampa) e delegare solo ad essi il compito di comunicare: è necessario che le attività di comunicazione siano trasversali a tutte le funzioni, a tutti i livelli e vengano percepite come fattori propri dell' azione e delle prestazioni che l'Ente eroga.

STRABISMO IN ETA' ADULTA

Venerdì 28 maggio 2010

OBIETTIVO DELL'EVENTO

L'Evento si propone di studiare ogni forma di strabismo dell'età adulta, ogni aspetto sensoriale e motorio, ogni possibile aspetto terapeutico sia ortottico che chirurgico nonché la qualità della vita nello strabico. L'evento valuterà altresì il vasto impiego delle lenti prismatiche dagli strabismi alle maculopatie, dalle limitazioni del campo visivo al nistagmo, ecc.

ABSTRACT DELLE RELAZIONI

Qualità della vita nello strabico

Con il presente lavoro abbiamo ritenuto opportuno valutare i vari aspetti nel trattamento dei pazienti adulti strabici quantificando la qualità di vita dei pazienti prima e dopo il trattamento effettuato. Il nostro studio ha previsto la valutazione di 30 pazienti suddivisi in 3 gruppi a seconda del trattamento effettuato: il primo gruppo comprende 20 pazienti che sono stati trattati con intervento chirurgico; 7 pazienti trattati con esercizi ortottici e 3 pazienti trattati con correzione prismatica.

Ai pazienti è stato chiesto di compilare due tipi di questionari sulla qualità di vita, uno sulla salute generale (SF-36) e l'altro sulla specifica patologia dello strabismo (A&SQ). È stato dimostrato un netto miglioramento della qualità di vita riferita dai pazienti stessi, che, dopo un mese dal trattamento, hanno manifestato una condizione migliore legata alla propria vista e, in particolare, al loro aspetto estetico acquistando così anche una maggiore sicurezza in se stessi. Negli adulti inoltre il difetto può comportare difficoltà importanti a livello pratico: "vedere doppio, non avere totale autonomia nei movimenti, essere sempre stanchi e difficoltà a relazionarsi con persone estranee.

Lo studio ha, quindi, evidenziato questo aspetto quantificandone il disagio; mostrando un miglioramento, dopo il trattamento, nell'83% dei pazienti.

Dividendo i pazienti in base al trattamento subito, abbiamo osservato un miglioramento generale della qualità di vita del 20% in entrambi i gruppi di pazienti. Analizzando attentamente i risultati abbiamo rilevato delle differenze in base ai singoli domini. Per quanto riguarda il dominio dei contatti sociali abbiamo avuto una risposta positiva da entrambi i gruppi di pazienti, con un miglioramento del 56% nei pazienti trattati chirurgicamente e un incremento del 32% nei pazienti che hanno ricevuto un trattamento non chirurgico. Questo probabilmente può essere spiegato dal fatto che, i pazienti trattati chirurgicamente prima dell'intervento chirurgico avevano uno strabismo manifesto a grande angolo che quindi può comportare un maggior disagio e insicurezza nel rapporto interpersonale essendo il disallineamento oculare molto evidente. Al contrario, i pazienti che hanno ricevuto un trattamento riabilitativo presentavano prima del trattamento uno strabismo non sempre manifesto, nel caso degli esercizi, o uno strabismo manifesto di piccola entità nel caso della correzione prismatica. Questa situazione può quindi procurare un minore disagio ai pazienti nel relazionarsi con le persone.

Un altro dominio dove è stato riscontrato un incremento significativo nel postoperatorio è il dominio della visione doppia. In questo caso abbiamo osservato una differenza tra i due gruppi notevole: nei pazienti trattati chirurgicamente è stato evidenziato solo un 15% di cambiamento favorevole, al contrario, nei pazienti trattati con la riabilitazione è stato rilevato un miglioramento del 60% della QoL. Questo punto può essere spiegato dal fatto che solo una bassa percentuale dei pazienti (30%) sottoposti ad intervento chirurgico presentavano diplopia preoperatoria; al contrario, l'altro gruppo di pazienti è stato sottoposto al trattamento riabilitativo proprio per eliminare il fastidio della diplopia.

Dall'analisi dei questionari SF-36 dei 30 pazienti, includendo trattamento chirurgico e non chirurgico, sono stati calcolati i punteggi dei singoli domini compresi in questo questionario di salute generale. I risultati presentano un lieve peggioramento del punteggio riferito allo stato fisico e mentale, questo probabilmente in seguito alla convalescenza che influenza gli aspetti fisici e mentali della QoL durante il primo mese dopo il trattamento chirurgico. Durante questo studio abbiamo potuto testare 12 dei 30 pazienti anche dopo 3 mesi dal trattamento, ottenendo risultati

statisticamente significativi. In questi pazienti infatti abbiamo riscontrato un miglioramento generale della QoL del 35% rispetto al preoperatorio, con particolare attenzione al dominio dei contatti sociali che ha subito un incremento del 108% rispetto al preoperatorio. Questo ulteriore incremento del punteggio dopo 3 mesi dall'intervento chirurgico, può essere legato al fatto che dopo un mese dall'intervento in alcuni casi gli occhi possono apparire ancora rossi a causa dell'iperemia congiuntivale postoperatoria, a distanza di 3 mesi invece tornando tutto alla normalità, riporta un aspetto migliore al paziente oltre all'allineamento oculare.

Benefici funzionali del trattamento dello strabismo negli adulti

In passato il risultato dell'intervento chirurgico in pazienti affetti da strabismo congenito si pensava fosse solo di natura estetica; al contrario, dall'analisi dei risultati del nostro studio, si è visto che questi pazienti operati chirurgicamente in età adulta possono avere un recupero della binocularità oltre che un notevole miglioramento estetico con l'allineamento oculare.

Sulla base dei nostri risultati è possibile fare alcune considerazioni.

1) Per quanto riguarda il termine "fusione" non pensiamo sia una vera fusione, ma una percezione simultanea che ai vetri striati si presenta con la visione di due linee formate osservando uno stimolo luminoso contrariamente da quanto accadeva prima dell'intervento poiché l'immagine dell'occhio deviato veniva soppressa eliminando così la cooperazione binoculare.

2) In relazione al successo chirurgico si nota che i pazienti che hanno raggiunto un buon allineamento oculare hanno presentato un miglioramento della binocularità. Tale incremento è probabilmente riconducibile alla diminuzione, o scomparsa, dell'angolo di deviazione nel postoperatorio, che ha consentito ai due occhi di recuperare una cooperazione binoculare seppure di tipo anomalo. Questa situazione permette quindi al paziente di recuperare oltre alla "fusione" anche la stereopsi, come si è visto in alcuni casi, permettendo così la percezione della profondità.

Il campo visivo dei pazienti affetti da esotropie subisce un aumento dopo l'intervento chirurgico dovuto alla diminuzione dell'angolo di deviazione. Nel nostro studio è stato dimostrato un incremento del campo visivo con un range di aumento nel postoperatorio che va da 5° a 15°.

Il restringimento del campo visivo preoperatorio è stato osservato nella porzione periferica dell'occhio non fissante con conseguente incremento postoperatorio in questa porzione del campo visivo. Questa relazione è probabilmente legata al ripristino dell'allineamento oculare postoperatorio, riportando così l'occhio non fissante in posizione primaria.

La valutazione dello strabismo negli adulti: aspetto motorio

Quando giunge alla nostra attenzione un paziente adulto è importante riuscire ad inquadrare diagnosticamente la natura dello strabismo per orientare l'eventuale trattamento.

La valutazione motoria dello strabismo dell'adulto diviene essenziale qualora sia richiesta una correzione chirurgica; infatti, le modificazioni dell'angolo conseguenti alle contratture secondarie dei muscoli oculomotori influenzano notevolmente l'indicazione operatoria.

Riveste inoltre particolare importanza l'esame della MOE con lo schermo di Hess-Lancaster eseguibile in tutti i casi di strabismi acquisiti con diplopia, che permette una valutazione oggettiva e confrontabile nel tempo. Nella relazione saranno inoltre elencate le principali forme di strabismo dell'adulto con le relative diagnosi differenziali

La valutazione dello strabismo negli adulti: aspetto sensoriale

Per valutare un paziente strabico adulto, occorre studiare la deviazione e se questa merita un trattamento e di che tipo.

Particolare importanza assume la conoscenza approfondita della patogenesi della deviazione. Dopo la valutazione dell'aspetto motorio dello strabismo, si affronta lo studio dell'aspetto sensoriale. In questo caso, è importante valutare se il paziente strabico presenta diplopia, CRN o CRA. Per la valutazione, si utilizzano i seguenti test, per capire se esiste la cooperazione binoculare - nelle condizioni di vita abituali - e quale sia il suo valore (fusione, stereopsi ...), partendo da quelli meno dissocianti :

- Senso stereoscopico;
- Test delle 4D di Irvine-Jampolsky;
- Prisma verticale, test delle 8D di Paliaga e il biprisma di Gracis;
- Test dei Vetri Striati, sia in ambiente e sia ad angolo corretto;
- Correzione prismatica della deviazione: test di adattamento prismatico;
- Test del Vetro Rosso;
- Barra dei filtri di Bagolini;
- Test al sinottoforo;
- Test delle luci di Worth;
- Test delle post-immagini di Hering.

L'insieme della valutazione ha lo scopo di fornire le informazioni ai fini degli eventuali trattamenti ortottico o chirurgico.

Trattamento non chirurgico delle alterazioni binoculari acquisite e dello strabismo infantile scompensato in età adulta

Il trattamento non chirurgico dello strabismo nell'adulto consiste nel tentativo di mantenere una visione binoculare singola confortevole in tutti i casi in cui, preesistendo una normosensorialità:

- un errato allineamento degli assi visivi provoca diplopia e confusione.
- vergenze fusionali insufficienti portano ad uno strabismo intermittente e a sintomi astenopeici importanti.

L'eziologia dello strabismo nell'adulto è per lo più da riferirsi ad una paresi o paralisi di uno o più muscoli extraoculari e, in una percentuale minore dei casi, allo scompensamento di una eteroforia ampia che il paziente, a causa di un decadimento delle capacità fusionali, non riesce più a mantenere in uno stato di latenza oppure ci riesce solo raramente e con uno sforzo motorio eccessivo.

La terapia prismatica è, tra le non chirurgiche, quella più comunemente utilizzata sia per evitare diplopia e confusione, sia per correggere una posizione anomala del capo presente spesso nelle paresi muscolari. I prismi, orientati in base alla direzione dello strabismo e quindi ai muscoli coinvolti, sono efficaci nella correzione degli strabismi paralitici progressivamente concomitanti, a condizione che l'angolo di deviazione non superi le 10^Δ. Per deviazioni più ampie, i prismi sono raramente tollerati per lunghi periodi e la chirurgia diventa inevitabile. E' possibile inoltre utilizzare i prismi per correggere una parte della deviazione nei casi di eteroforie in fase di scompensamento, allo scopo di permettere al paziente il mantenimento di un allineamento oculare con la messa in gioco di solo una parte delle sue capacità fusionali. Si evitano così sintomi astenopeici fastidiosi soprattutto quando il trattamento ortottico non ha sortito risultati.

La possibilità di indebolire un muscolo extraoculare con agenti neurotossici, come alternativa all'indebolimento chirurgico, ha favorito l'introduzione della tossina botulinica che, impedendo la liberazione di acetilcolina, rende il muscolo funzionalmente denervato per parecchie settimane. Il razionale di questa metodica è che l'antagonista paretico del muscolo iniettato ha un vantaggio temporaneo sull'antagonista iperfunzionante paralizzato con la tossina, ristabilendo un equilibrio oculomotorio.

In senso lato qualsiasi trattamento non chirurgico è da considerarsi ortottico perché il fine del trattamento ortottico è proprio quello di dare al paziente una visione binoculare sicura e confortevole. In senso più stretto, il trattamento ortottico nei pazienti adulti con eteroforia scompensata è quello di aumentare le vergenze fusionali in grado di riportare l'allineamento oculare. Gli esercizi ortottici nei pazienti adulti sono di più difficile esecuzione per la mancanza dell'elasticità e della plasticità caratteristica dei bambini. Saranno l'esperienza e la competenza a suggerire all'ortottista le metodiche più adatte a ristabilire in questi pazienti un certo comfort visivo. Non è provata l'efficacia di cosiddetti esercizi ortottici di "mobilizzazione" dell'occhio paretico o l'uso dei settori applicati sulle lenti in corrispondenza dei muscoli iperfunzionanti.

Cause e prevenzione della diplopia dopo chirurgia refrattiva

In Chirurgia Refrattiva si pone l'attenzione sul dato quantitativo della procedura chirurgica ma, è altrettanto importante il dato qualitativo che dipende da più variabili come diametro pupillare, film lacrimale, stato accomodativo, visione binoculare, stereopsi ed altre ancora.

Molte di queste variabili qualitative vengono indagate dall'ortottista che aiuta l'oculista ad inquadrare il paziente in modo più approfondito.

Recenti studi hanno stabilito dei criteri selettivi per candidare i pazienti alla Chirurgia Refrattiva, senza rischiare di compromettere la visione binoculare e indurre astenopia e diplopia.

Si parla di basso rischio quando il difetto refrattivo è lieve, in presenza di eteroforie e valori fusionali buoni. Il rischio è moderato nei miopi ipercorretti, negli ipermetropi ipocorretti o con valori fusionali scarsi. Il rischio risulta elevato quando è presente forte anisometropia, o ambliopia profonda, o diplopia intermittente, o ancora con eteroforie-tropie.

I PRISMI

I prismi: concetti di fisica e materiali

La relazione ha lo scopo di fornire le nozioni fondamentali dei principi ottico-fisici in relazioni ai prismi. Accenno alle caratteristiche tecniche dei materiali (qualità ottica, trasparenza, resistenza ecc..).

Prismi nella diagnostica ortottica

“Dateci una lucina e una stecca di prismi... il resto faranno le nostre mani...”

Ecco quello che anni or sono dicevano le ortottiste francesi, ed ecco in sintesi l'importanza che questo semplice strumento, associato ad un cervello attivo e allo studio mirato ed indefesso, ricopre nel lavoro quotidiano di un ortottista anche al giorno d'oggi.

Questo lavoro si propone di studiare le varie applicazioni che possono avere i prismi nella pratica clinica di un ambulatorio di ortottica e in particolare nella diagnostica in ortottica.

Verranno valutati i vari test che prevedono l'utilizzo di prismi, studiandone le modalità di applicazione, cercando di capire le finalità e le utilità pratiche approfondendo così gli aspetti teorici e i risvolti pratici.

Verrà dato, inoltre, uno sguardo attento e critico al “modus operandi” nella pratica quotidiana di un ortottista che per compiere in maniera completa, corretta e soddisfacente una valutazione ortottica deve per forza di cose utilizzare i prismi.

Prismi nella terapia ortottica

Durante la relazione verrà analizzata l'importanza dei prismi nel trattamento ortottico per eliminare una fastidiosa diplopia: scompenso di foria, migliorare la postura nel caso di torcicolli, nei casi di nistagmo...

Inoltre saranno presi in considerazione alcuni casi clinici di pazienti che hanno utilizzato i prismi nelle suddette condizioni e discussi con la platea.

Prismi nel nistagmo

Il relatore elencherà quali sono le indicazioni per poter utilizzare al meglio i prismi nel nistagmo soprattutto quando questa patologia determina una posizione anomala del capo al fine di ridurre o annullare le scosse nistagmiche; nonché quando sono applicabili per migliorare l'acutezza visiva.

Prismi e paralisi muscolari

Le paralisi muscolari sono causa di eterotropie non concomitanti in cui l'angolo di deviazione differisce nelle diverse direzioni di sguardo e durante la fissazione di un occhio rispetto la fissazione con l'altro occhio. Le paralisi muscolari possono essere congenite o della prima infanzia e acquisite; nello specifico questa comunicazione valuterà i vantaggi e gli svantaggi legati al trattamento prismatico e si cercherà di approfondire come scegliere e quando utilizzare i prismi.

Prismi e anomalie del campo visivo

Taluni selezionati pazienti affetti da deficit campimetrici possono usufruire dell'ausilio di prismi a scopo riabilitativo. Il fine è quello di ottimizzare il residuo della visione periferica. L'emianopsia temporale è la condizione in cui può essere più utile l'ausilio.

Prismi nella riorganizzazione spaziale

Negli ultimi decenni è stata studiata la possibilità di applicazione dei prismi in neuropsicologia, in particolare nella riabilitazione di pazienti affetti da Eminegligenza Spaziale Unilaterale (NSU). Il neglect viene definito come "incapacità di rilevare ed orientarsi verso stimoli presentati nello spazio controlaterale alla lesione cerebrale, quando il deficit non può essere attribuito a disturbi sensoriali o motori".

Nei primi anni '90 i prismi venivano incorporati a base omonima destra nella correzione ottica ottimale del paziente e portati per un periodo di quattro settimane, stimolando così l'instaurarsi di meccanismi comportamentali compensatori della problematica. Verso la fine degli anni '90 venne introdotta una tecnica di riabilitazione utilizzando l'adattamento visuo-motorio e la sua plasticità a breve termine per portare a miglioramenti a lungo termine del neglect.

Il trattamento consiste in esercizi di pointing (puntamento) su di un target visivo posto dritto davanti, senza l'aiuto di un feedback visivo (vale a dire senza la visione del movimento del braccio), eseguiti prima senza e in seguito con lenti prismatiche; all'anteposizione dei prismi a base omonima sinistra il paziente localizza erroneamente il target, a causa di un disallineamento tra sistema visivo e propriocettivo. Successivamente, in seguito alla ricalibrazione della performance e al riallineamento del sistema sensorio-motorio, si avrà un adattamento alla correzione prismatica (*effetto diretto dell'adattamento prismatico*), che perdurerà nel paziente con neglect anche alla rimozione dei prismi, con uno spostamento della percezione e del puntamento verso sinistra (*effetto postumo*). I prismi sono inoltre utilizzati per una riorganizzazione dello spazio e delle performance visive e visuo-motorie in differenti altri ambiti.

Prismi e maculopatia

Breve descrizione delle modalità di fissazione nella degenerazione maculare. Breve descrizione delle proprietà ottiche del prisma. Metodi per l'individuazione dello scotoma e della relativa PRL: microperimetria, campo visivo, altri test come il test dell'orologio. Cenni sui metodi per la stabilizzazione della PRL: spontanea, tramite training riabilitativo, stimolazione al microperimetro e applicazione prismatica.

Orientamento, entità e uso del prisma sia in monoculare che in binoculare per far cadere l'immagine sulla zona di miglior visione del paziente maculopatico.

Considerazioni personali e mia esperienza riguardo l'uso del prisma nella maculopatia.

Test di adattamento prismatico: utilità e limiti

Il test di adattamento prismatico viene effettuato anteposando prismi di entità pari all'angolo di deviazione. Qualora lo strabismo è monoculare e l'entità della deviazione è inferiore o uguale alle 30 diottrie prismatiche, i prismi vengono posti davanti l'occhio deviato. Nel caso in cui lo strabismo è alternante o maggiore alle 30 diottrie prismatiche, i prismi devono essere ripartiti su entrambi gli occhi. La valutazione ortottica deve essere effettuata dopo almeno 30 minuti di adattamento. Trascorso tale tempo si può valutare il rischio di diplopia post operatoria e la possibilità di una visione binoculare post intervento, oppure nel caso di strabismo ad angolo variabile, evidenziare la deviazione massima. Nel caso di diplopia dovuto ad uno strabismo incomitante, il test di adattamento prismatico che simula la realtà post operatoria, ci informa sulla capacità o meno di eliminare la diplopia.

Effetti prismatici indesiderati o volontariamente indotto dalle lenti

Durante la relazione verranno descritte le modalità e le caratteristiche ottiche dovute agli effetti prismatici indotti da un decentramento di lenti oftalmiche, presentandone i relativi limiti; verranno presentate le lenti prismatiche e si metteranno a confronto con l'effetto prismatico ottenuto con un decentramento di lente, offrendo al discente gli strumenti per poter valutare il miglior sistema

prismatico. Nella seconda parte della relazione verranno presentate le tolleranze utilizzate nel montaggio degli occhiali e si parlerà dei relativi effetti prismatici indesiderati.

In conclusione verranno presentate le comuni “alterazioni a bordo lente” (“scotoma ad anello” e “diplopia ad anello”) dovute all’effetto prismatico indesiderato da alcune lenti utilizzate nell’esecuzione del campo visivo cinetico secondo Goldmann.

Chirurgia dello strabismo secondario ad oftalmopatia tiroide associata: importanza della valutazione ortottica intra-operatoria. Nostra esperienza.

L’oftalmopatia tiroide-associata (O.T.A.) rappresenta la complicanza più rilevante delle tireopatie autoimmuni, determinando prevalentemente un interessamento progressivo dei muscoli estrinseci oculari, del tessuto adiposo retro-bulbare e della palpebra.

I pazienti che presentano importanti alterazioni della motilità oculare, generalmente, vanno incontro ad una correzione chirurgica dello strabismo allorché si verifici una stabilità del quadro clinico di almeno 6 mesi/1 anno.

Il ruolo dell’ortottista nel percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo dei pazienti affetti da OTA è tradizionalmente riconosciuto, ma è altresì fondamentale la valutazione ortottica in sede intra-operatoria qualora l’intervento sia eseguito in anestesia topica.

Obiettivo del nostro lavoro è mettere in evidenza l’importante ruolo della valutazione ortottica intra-operatoria al fine di modulare o riformulare l’intervento chirurgico in corso d’opera.

Trattamento coadiuvante con lenti a tempiale di un caso di deglutizione atipica con alterato controllo posturale

Nel presente lavoro vengono illustrati e discussi i risultati preliminari di un’inusuale terapia di supporto alla terapia logopedia, nata dalla collaborazione tra logopedista ed ortottista, in un caso di deglutizione atipica in un adolescente.

Nostra esperienza sulle ricadute funzionali dell’intervento correttivo di strabismo in pazienti adulti con strabismo infantile

Un gruppo di pazienti adulti operati nel 2009 presso l’Unità operativa di oculistica dell’O.C. di Vicenza per strabismo infantile, è stato sottoposto a CV binoculare, test delle due matite di Lang e questionario per la rilevazione dei risultati soggettivi. I dati raccolti confermano un risultato positivo riguardo al miglioramento soggettivo della performance visiva nella maggior parte dei pazienti e per una parte di questi si rileva una performance migliore anche ai test di valutazione oggettiva.

Analisi dei risultati negli interventi chirurgici per deficit del G.O. non acquisito

Vengono valutati i risultati degli interventi chirurgici correttivi per deficit del grande obliquo eseguiti presso l’UO di oculistica dal 2000 al 2009 sia dal punto di vista motorio che sensoriale nonché del benessere soggettivo del paziente .

PROJECT MANAGEMENT

Sabato 29 maggio 2010

Obiettivo evento

Sempre più frequentemente fondi, progetti, bandi restano inutilizzati nonostante la grande necessità di reperire, soprattutto per il SSN, risorse aggiuntive.

L’evento si propone di introdurre i principi di project management, gli elementi di tecnica progettuale per obiettivi socio-sanitari, le indicazioni pratiche per la stesura di un progetto, gli strumenti e come lavorare per progetti in sanità.

APRASSIE E DISPRASSIE

Sabato 29 maggio 2010

OBIETTIVI DELL'EVENTO

L'evento si occuperà di aprassie e disprassie, confrontando il punto di vista del neuropsichiatra infantile e di quello dell'ortottista.

Presenterà discutendola, una scheda affinché sia condivisa per la valutazione ortottica nelle aprassie e disprassie.

Si presterà particolare attenzione alla disprassia di sguardo, al protocollo per la valutazione delle abilità prassiche e della coordinazione motoria (APCM), a conoscere gli strumenti di misura: ICD-10, ICF, ICF-CY.

La parte finale del corso affronterà i temi:

- dell'accreditamento professionale
- della standardizzazione dei test di ortottica.

ABSTRACTS RELAZIONI

Cosa vedo? Cosa dovrei vedere? Cosa significa? Come si chiama?

- L'ortottista

La presa in carico del paziente in questi ultimi anni si sta evolvendo verso un visione olistica della persona con un conseguente approccio multidisciplinare sia nei confronti del soggetto stesso che della patologia. Con questa premessa è utile comprendere come anche l'ortottica abbia acquistato un'apertura a 360° che determina una maggiore attenzione a come guardiamo, come percepiamo le immagini e a come esse vengono rielaborate ed utilizzate dal soggetto. Un bambino affetto da P.C.I. frequentemente presenta difficoltà ad integrare le informazioni che riceve dai diversi organi sensoriali, con una conseguente riduzione della qualità della performance motoria. Il sistema visivo con le sue integrazioni con i diversi sistemi sensoriali ci permette la comprensione di ciò che vediamo, la possibilità di programmare e prevedere le azioni e le attività.

L'esperienza a contatto con l'equipe di NPI permette di comprendere quali siano le necessità che presentano questi bambini e il tipo di risposta che questo servizio necessita dall'Ortottista quando le viene inviato un bambino in valutazione.

Disprassia di sguardo

L'autrice descrive le principali cause della disprassia di sguardo, evidenzia l'importanza di una diagnosi precoce e riassume le strategie e il trattamento terapeutico, attuabili dall'ortottista-riabilitatore visivo.

Il protocollo APCM: protocollo per la valutazione delle abilità prassiche e della coordinazione motoria

Nella letteratura dell'ultimo ventennio maggior enfasi è stata posta all'importanza che rivestono le funzioni prassiche e di coordinazione motoria nei bambini che sempre più spesso, come riscontrato dalla clinica, presentano difficoltà in più ambiti dello sviluppo e per i quali è quasi consuetudine constatarne la co-morbilità. In particolare si osserva spesso la copresenza di segni di disprassia e di disturbi dell'apprendimento, del linguaggio, deficit di attenzione, iperattività, delle funzioni esecutive.

In effetti, i recenti dati sperimentali, grazie all'impiego di tecniche elettrofisiologiche più sofisticate, sembrerebbero disconfermare il rigido confine tra processi percettivi, cognitivi e motori ritenendolo del tutto artificioso e semplicistico.

Il Protocollo APCM permette di ottenere un profilo relativo allo sviluppo delle abilità sensoriali, percettive, motorie e del loro grado di integrazione; in particolare si articola in tre specifiche sezioni di osservazione: le funzioni di base, gli schemi di movimento e le funzioni cognitive adattive. Questa distinzione permette da una parte l'osservazione della prestazione in ogni singola prova della sezione, dall'altra consente la verifica di correlazioni emerse tra di esse.

Per quanto riguarda la prima sezione – funzioni di base - a cui non è possibile dare alcun punteggio è necessario porre attenzione agli aspetti qualitativi che emergono dall'osservazione di esse, in particolare la recettività sensoriale, la postura e la respirazione; sono questi elementi importanti per permettere all'individuo di percepirsi e percepire il mondo esterno entrandone quindi in relazione.

Si pone inoltre particolare attenzione alla funzione oculomotoria, quale mezzo indispensabile per l'utilizzo della funzione visiva e conseguentemente per lo sviluppo di altre funzioni cognitive - adattive; nel Protocollo viene quindi indagata l'area relativa alla capacità di fissare, inseguire, compiere saccadi ed esplorare.

Esiste quindi un forte legame tra percezione – azione – cognizione ed il Protocollo nasce proprio come modello di osservazione che consente al terapeuta di mettere a punto un progetto individualizzato di terapia, in modo da potenziare le singole abilità per ottenere un grado di coordinazione necessario all'espressione delle diverse funzioni adattive che troviamo più carenti nel bambino disprattico, ma spesso anche nei disturbi specifici dell'apprendimento, del linguaggio o dell'attenzione.

Conoscere gli strumenti: ICD-10, ICF, ICF-CY

La necessità di ordinare all'interno di cornici concettuali e secondo gerarchie definite le informazioni è una esigenza che risulta funzionale e ineludibile non solo per la organizzazione della conoscenza, ma anche per l'utilizzo delle conoscenze in tutti gli ambiti in cui queste siano applicabili. La salute umana è una dimensione estremamente complessa, definita in un divenire dalla nascita alla morte secondo parametri che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha fatto propri sin dalla sua istituzione. La conoscenza dello stato di salute, sia a livello di individuo che di popolazione che a livello globale è il punto di partenza per tutte le Azioni che sono dirette a migliorare la salute umana. L'organizzazione delle conoscenze relative alle condizioni di salute umana sono sistematizzate negli strumenti che l'OMS ha raccolto nella Famiglia delle Classificazioni Internazionali (FIC), i cui componenti essenziali sono la classificazione internazionale delle malattie (ICD) (ora alla sua undicesima revisione) e la Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) (comprensiva anche dell'adattamento per l'età evolutiva ICF-CY). I due strumenti, sviluppati in tempi diversi e con iniziali obiettivi diversi, sono complementari, ed usati insieme possono rappresentare compiutamente l'intero spettro dell'esperienza "salute" umana. Al di là dell'aspetto tecnico, necessario per una implementazione corrente delle due classificazioni, la loro organizzazione strutturale rispecchia i diversi angoli di visione che i due strumenti offrono della salute, corrispondenti ai modelli concettuali di riferimento: il modello etiologico per l'ICD e quello bio-psico-sociale per ICF. ICD è già da decenni incardinato nei processi sanitari o collegati alla sanità a livello globale, ICF comincia ad entrare in molti paesi, inclusa l'Italia, in tutti quei processi nei quali la comprensione del profilo funzionale di un individuo (o di una popolazione) sia rilevante. Anche se l'ambizione di divenire utilizzatori esperti degli strumenti FIC può essere riservata a specifici settori e operatori, tuttavia una conoscenza generale delle classificazioni appartenenti alla FIC OMS deve far parte del patrimonio di conoscenza di ogni operatore della Sanità.

OCT TOMOGRAFIA OTTICA COMPUTERIZZATA

Sabato 29 e Domenica 30 maggio 2010

OBIETTIVO EVENTO

L'evento si propone di:

- introdurre i fondamenti fisici della tomografia ottica computerizzata;
- studiare la retina e le sue patologie,
- l'utilizzo nel glaucoma;
- la lettura della mappa;
- il confronto fra OCT e altri esami quali fluorangiografia e microperimetria;
- infine gli errori da evitare nell'esecuzione dell'OCT.

Introduzione e fondamenti fisici della tomografia ottica computerizzata; Istruzione tramite video per l'esecuzione pratica dell'esame

L'OCT è una tecnica di indagine diagnostica che permette un'analisi delle strutture retiniche mediante sezioni tomografiche ad alta risoluzione utilizzando una tecnica di misurazione ottica chiamata interferometria.

Il principio dell'interferometria è simile a quello dell'ecografia ossia la macchina invia un segnale, un impulso che viene poi rimandato indietro modificato, l'ecografia ovviamente sfrutta la riflessione di onde acustiche da parte delle diverse strutture oculari mentre l'OCT sfrutta la riflessione di onde luminose.

L'interferometria non richiede alcun contatto fisico con il tessuto esaminato pertanto l'OCT è una tecnica diagnostica non invasiva.

A differenza dei precedenti, basati sulla tecnica di Time Domain, gli OCT di ultima generazione si avvalgono di una nuova tecnologia di acquisizione detta Fourier Domain o Spectral Domain, che permette di ottenere fino a 40000 A-scan al secondo.

Risultano quindi notevolmente migliorate la qualità e la definizione delle immagini; infatti gli OCT di terza generazione presentano un potere di risoluzione longitudinale di circa 7-10 μm mentre l'ecografia B-scan per esempio fornisce una risoluzione di 150 μm .

A questa introduzione seguiranno tutti i passaggi in ordine cronologico per l'acquisizione di scansioni facendo riferimento allo strumento Spectralis Heidelberg

La retina all'OCT: analisi delle strutture retiniche all'OCT confrontate con le sezioni anatomiche-istologiche

Nella relazione viene messa in evidenza la correlazione tra gli aspetti anatomici ed istologici e le equivalenti immagini tomografiche. In particolare vengono esaminati i quadri più frequenti della patologia maculare che si possono presentare in un ambulatorio dotato di OCT. Si evidenzia inoltre la diversità tra i reperti istologici e l'equivalente scansione ottica in quanto ottenuti con differenti tecniche d'esame.

OCT guida alla lettura della mappa

Dopo l'acquisizione delle immagini seguirà una presentazione delle varie possibilità di stampa.

L'alta velocità di acquisizione permette un alto grado di accuratezza della mappa retinica.

Le immagini possono essere presentate in bianco su nero oppure nero su bianco oppure ancora con colori convenzionali.

La mappa retinica permette sia un'analisi qualitativa (alterazioni morfologiche) che quantitativa (volume, spessore) e pertanto consente di seguire l'evoluzione della patologia retinica.

La patologia retinica all'OCT (sindromi preretiche, intraretiniche, sottoretiniche)

L'OCT permette di evidenziare all'interno del bulbo oculare tutte le strutture che hanno una certa riflettività, comprese quelle, come il vitreo e le trazioni vitreo-retiniche, che sono spesso trasparenti e oftalmoscopicamente poco visibili e quindi difficilmente identificabili e quantificabili.

Le strutture che l'OCT può visualizzare possono essere preretiche (ad esempio vitreo, trazioni vitreo-maculari, membrane epiretiniche), intraretiniche (edema con ispessimento retinico o cisti in retinopatia diabetica e trombosi, essudati duri, emorragie, drusen, pigmento, membrane neovascolari preepiteliali, schisi o pseudoschisi, sollevamenti sierosi, fori) o sottoretiniche (nevi, melanomi, angiomi, membrane neovascolari sottoretiniche).

Alcune patologie possono essere contemporaneamente intra e preretiche oppure intra e sottoretiniche.

L'OCT può essere inoltre utile per il follow-up di una patologia. Per seguirne la storia naturale o valutare effetto di un trattamento (es. laser o intravitreali di anti-VEGF).

OCT e glaucoma

La tomografia a coerenza ottica, OCT (Optical Coherence Tomography), è una tecnica di imaging, non invasiva, di recente utilizzo, che dà immagini ad alta risoluzione di sezioni della retina umana in vivo.

L'OCT è utile per la diagnosi ed il follow-up di patologie degenerative della retina e del nervo ottico. E' indicato nelle maculopatie dell'anziano, nell'edema maculare a diversa eziopatogenesi, nello studio di membrane epiretينية, nella valutazione del danno del nervo ottico nel glaucoma.

Lo strumento effettua una scansione circolare intorno al Nervo Ottico in modo da analizzare l'area delle fibre circostanti.

Dopo avere analizzato tale area converte i dati ottenuti in numeri. Questi danno una indicazione dell'aspetto anatomico-strutturale delle fibre nervose e diventano parametri facilmente leggibili e confrontabili.

Lo strumento fornisce anche delle rappresentazioni grafiche che danno informazioni sull'entità del danno delle fibre nervose e sulla sua localizzazione.

OCT e Fluorangiografia

In questi ultimi anni i progressi della scienza ottica ed elettronica hanno consentito la messa a punto di metodiche ed apparecchiature che studiano selettivamente la funzione di strutture non altrimenti indagabile.

La fluorangiografia trova applicazione nello studio e nella diagnosi delle seguenti patologie:

□ malattie vascolari: ipertensione arteriosa, retinopatia diabetica, trombosi venosa ed occlusioni arteriose,

anomalie congenite del circolo, sierosa centrale, ecc.

□ patologie infiammatorie (uveiti)

□ degenerazioni maculari e retiniche in generale

□ patologie del nervo ottico

□ neoplasie

Dopo l'introduzione della tomografia a coerenza ottica (OCT) la fluorangiografia ha visto diminuire il suo uso per le patologie della macula, la zona più sensibile che si trova al centro della retina.

L'OCT e la fluorangiografia vanno, comunque, considerati esami complementari: l'uno non esclude l'altro perché col secondo esame si mette in evidenza la dinamica del flusso sanguigno mentre col primo si analizza esclusivamente lo stato della macula e del nervo ottico attraverso una ricostruzione al computer degli strati retinici.

OCT e MPI

La tomografia ottica a luce coerente (OCT) è una tecnica di "imaging" non invasiva che permette la generazione di immagini trasversali delle strutture all'interno dell'occhio misurando il tempo di riflessione e rifrazione della luce che attraversa i differenti tessuti.

La microperimetria è una metodica semeiologica per mezzo della quale si determinano la fissazione e la soglia di sensibilità differenziale retinica con assoluta precisione topografica, poiché è possibile stabilire con esattezza i punti retinici stimolati (scelti dall'esaminatore) mediante un sistema di visualizzazione diretta e in tempo reale della retina e di tracking dei movimenti oculari.

Un'interazione tra le due tecniche diagnostiche e quindi tra morfologia e funzione permette una più accurata diagnosi clinica e un monitoraggio nel tempo di diverse patologie retiniche.

1. Convento E, Midena E, Dorigo MT, Maritan V, Cavarzeran F, Fregona IA. Peripapillary fundus perimetry in eyes with glaucoma. Br J Ophthalmol. 2006 Nov;90(11):1398-403. Epub 2006 Jun 29.

2. S. Vujosevic, E. Midena, E. Pilotto, P.P. Radin, L. Chiesa, F. Cavarzeran. Diabetic Macular Edema: Correlation between microperimetry and optical coherence tomography. IOVS 2006;47:3044-3051.

3. Midena E, Vujosevic S, Convento E, Manfre' A, Cavarzeran F, Pilotto E. Microperimetry and fundus autofluorescence in patients with early age-related macular degeneration. Br J Ophthalmol. 2007 Nov;91(11):1499-503. Epub 2007 May 15.

4. U.A. Dinc, M. Yenerel, S. Tatlipinar, E. Gorgun, L. Alimgil. Correlation of retinal sensitivity and retinal thickness in central serous chorioretinopathy. Ophthalmologica 2010;224:2-9.

5. Karacorlu M, Ozdemir H, Senturk F, Karacorlu SA, Uysal O. Correlation of retinal sensitivity with visual acuity and macular thickness in eyes with idiopathic epimacular membrane. *Int Ophthalmol.* 2009 Dec 30. [Epub ahead of print]
6. Landa G, Rosen RB, Garcia PM, Seiple WH. Combined three-dimensional spectral OCT/SLO topography and Microperimetry: steps toward achieving functional spectral OCT/SLO. *Ophthalmic Res.* 2010;43(2):92-8. Epub 2009 Oct 15.
7. Roesel M, Heimes B, Heinz C, Henschel A, Spital G, Heiligenhaus A. Comparison of retinal thickness and fundus-related microperimetry with visual acuity in uveitic macular oedema. *Acta Ophthalmol.* . [Epub ahead of print]
8. Dinc UA, Yenerel M, Tatlipinar S, Gorgun E, Alimgil L. Correlation of retinal sensitivity and retinal thickness in central serous chorioretinopathy. *Ophthalmologica.* 2010;224(1):2-9. Epub 2009 Aug 13.

Gli errori da evitare nell'esecuzione dell'OCT

L'ortottista incaricato di svolgere un esame OCT deve eseguire la propria attività con: *capacità*, accrescendo le proprie abilità nello svolgere gli esami strumentali; *competenza*, approfondendo le proprie conoscenze e acquisendo attitudini appropriate a fornire la prestazione; *affidabilità*, ricercando un buon livello di coerenza fra i risultati misurati da differenti rilevatori con ripetute misurazioni e fra i risultati misurati in tempi differenti dallo stesso rilevatore.

L'imperizia, l'insufficiente preparazione e l'incuria di chi svolge esami strumentali possono generare errori che possono causare uno spreco di risorse umane ed economiche, inducendo l'operatore alla ripetizione dell'esame; se l'errore non viene notato può anche condurre il medico ad interpretazioni non corrette ed influenzare negativamente il percorso terapeutico del paziente.

Le principali cause di errore possono essere: errori per scarsa compliance del paziente al tipo di esame proposto, errori nell'acquisizione ed elaborazione tecnica delle immagini, manutenzione degli strumenti non adeguata, appropriatezza dell'esame scelto.

Da quanto detto risulta quindi fondamentale conoscere le principali patologie retiniche e le caratteristiche della strumentazione a disposizione, per poter rispondere al meglio alla domanda dei pazienti in termini di efficacia ed efficienza.

Valutazione dell'edema maculare in pazienti affetti da retinopatia diabetica: studio comparativo delle immagini acquisite con Nidek F-10 in modalità retro mode, OCT Cirrus ed OCT Spectralis

Scopo: analizzare le immagini di pazienti affetti da edema maculare diabetico acquisite con angiografo Nidek F-10 in modalità retromode paragonandole alle mappe retiniche di spessore acquisite con OCT Cirrus ed OCT Spectralis.

Materiali e metodi: 10 pazienti affetti da edema maculare diabetico diagnosticato con esame oftalmoscopico e fluorangiografico sono state esaminate con angiografo Nidek F-10 in modalità retromode, OCT Cirrus (Carl Zeiss Meditec, Inc., Dublin CA) ed OCT Spectralis OCT (HRA + OCT, Heidelberg Engineering, Heidelberg, Germany). Le immagini ottenute con Nidek F10 sono state paragonate alle mappe retiniche di spessore acquisite con OCT Cirrus ed OCT Spectralis e sono state valutate da tre osservatori indipendenti. I principali parametri valutati sono stati la sensibilità e specificità della metodica Retro Mode, spessore retinico in sede foveale con OCT Cirrus e Spectralis.

Risultati: Il Nidek F-10 in modalità retro Mode è un test sensibile e specifico nell'identificazione dell'edema maculare diabetico. E' stata inoltre riscontrata un'elevata correlazione tra lo spessore retinico in sede foveale misurato con OCT Cirrus ed OCT Spectralis.

Conclusioni: La tecnica di imaging con Nidek F-10 in modalità Retro mode è una metodica semplice, non invasiva ed accurata nell'identificazione dell'edema maculare diabetico.