

## **SOMMARIO**

---

- COMUNICAZIONE AI SOCI – pag. 2
- ANCORA AVANTI! – pag. 3
- IMPORTANTE! PRENOTAZIONE VISITE – pag. 4
- "CRESCERE TOCCANDO", UN TESTO PER CAPIRE I BAMBINI NON VEDENTI – pag. 4
- UN PASSO IN AVANTI VERSO L'OCCHIO BIONICO – pag. 5
- UN CAMBIAMENTO DI PARADIGMA PER IL GLAUCOMA – pag. 5
- MIGLIORA LA TERAPIA DELL'EDEMA MACULARE DIABETICO – pag. 7
- SINDROME DELLA VASCULITE RETINICA IDIOPATICA, ANEURISMI E NEURORETINITE (IRVAN) – pag. 8
- IL DIRITTO DI LEGGERE: I NON VEDENTI SI APPELLANO ALL'EUROPARLAMENTO – pag. 13
- L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ ADESSO PASSA PER INTERNET – pag. 14

---

## **COMUNICAZIONE AI SOCI**

Con la prima seduta, svoltasi a Pistoia domenica 16 maggio, si è insediato ufficialmente il nuovo Consiglio Direttivo.

Hanno partecipato i consiglieri:

Maddalena Bertante, Riccardo De Majo, Fiorella Fanciullacci, Grazia Giove, Stefano Greci, Giulio Minore, Luca Santucci, Goffredo Sodini e Simone Vannini.

Hanno altresì partecipato alla riunione due membri del Collegio dei Sindaci, le Signore Elena Greci e Maria Cristina Polidori.

Nell'occasione si è provveduto all'elezione delle cariche sociali:

la carica di Presidente è stata assegnata a Simone Vannini

la carica di Segretario tesoriere a Fiorella Fanciullacci

la carica di Vicepresidente a Goffredo Sodini

la carica di Vicepresidente aggiunto a Stefano Greci

La redazione "Atrinforma" si associa ai consiglieri ed ai membri del Collegio dei Sindaci, nell'augurare agli eletti, tre anni di proficuo e sereno lavoro.

**La Redazione dell'Atrinforma**

---

## **ANCORA AVANTI!**

Ritorno a scrivere in questa pagina prestigiosa, onore a me concesso dal fatto di essere stato riconfermato Presidente. Sarà un nuovo triennio che potrò utilizzare, insieme ai miei indispensabili collaboratori, per continuare nel nostro progetto di promozione e sostentamento della ricerca scientifica.

Parlare di promozione e sostentamento in questo periodo dove la parola d'ordine è crisi, parrebbe addirittura un controsenso, se penso che gli investimenti destinati alla ricerca erano già la componente più risicata del bilancio statale, posso immaginare il deserto che troveremo nelle prossime finanziarie. Cosa fare allora? Arrenderci? Questo mai! Proseguiremo nei nostri intenti, ancora avanti!

I nostri compiti di sensibilizzazione e di informazione non dovranno mai venir meno, tenere desto l'interesse sarà la parola d'ordine del futuro, in modo da poter cogliere tutte le occasioni che si presenteranno.

Quindi ancora avanti tutti insieme, il vostro sostegno sarà ancora una volta determinante.

Un saluto a tutti.

Il Presidente

**Simone Vannini**

---

## **IMPORTANTE! PRENOTAZIONE VISITE**

Ricordiamo a tutti i soci che le prenotazioni visite per la clinica oculistica di Careggi, comprese quelle di controllo, ma escluso gli esami specialistici, dovranno essere prenotate chiamando la Signora Manuela, al numero unico di prenotazione 329 8820404. Chiediamo in modo insistente di seguire questa procedura in quanto altre formule di prenotazione, non passanti dal numero unico, contribuirebbero alla riduzione degli spazi, a noi assegnati.

Il C.D. dell'Atri Onlus

---

## **"CRESCERE TOCCANDO", UN TESTO PER CAPIRE I BAMBINI NON VEDENTI**

Il libro, edito da Franco Angeli, è un utile strumento rivolto a psicologi, educatori e musicoterapisti per orientarli ad una corretta formazione dei piccoli con problemi alla vista.

Si chiama "Crescere Toccando" ed è il nuovo libro della psicoterapeuta Maria Luisa Gargiulo e del musicoterapista Valter Dadone, un utile strumento per capire i bambini con problemi di vista e aiutarli, attraverso il gioco sonoro, a superare le difficoltà. Il testo, edito da Franco Angeli, è rivolto a coloro che, per motivi personali o professionali, intendono affinare le loro conoscenze e competenze operative nel settore della minorazione visiva, in particolare per ciò che riguarda i bambini ipovedenti e non vedenti, anche con minorazioni aggiuntive. Il testo può essere utilizzato, oltre che da musicoterapisti, da educatori, psicologi, psicomotricisti, logopedisti e da tutti coloro i quali, svolgendo attività di tipo educativo o riabilitativo in questo campo, intendono affinare le proprie capacità di relazione e interazione e le proprie competenze in tema di utilizzo del gioco sonoro.

Nel testo vengono indicati criteri per progettare e valutare l'accessibilità e la fruibilità extravisiva di differenti spazi di vita. Il libro è inoltre corredato da schede di approfondimento, utili strumenti operativi per affrontare importanti aspetti e quesiti.  
Articolo del "Redattore Sociale"

---

## **UN PASSO IN AVANTI VERSO L'OCCHIO BIONICO**

Ricercatrice israeliana usa la nanotecnologia per ottenere un occhio sintetico. Una ricercatrice israeliana ha avvicinato la medicina alla realizzazione dell'occhio bionico. Yael Hanein, che lavora presso l'Università di Tel Aviv, ha pubblicato sulla rivista Nanotechnology uno studio che potrebbe rappresentare la base per la creazione in futuro di occhi sintetici.

La ricercatrice è riuscita a fondere i nervi della retina con un gruppo di minuscoli elettrodi che stimolano la crescita delle cellule. L'impresa può già rivelarsi utile per lo sviluppo di nuovi farmaci mirati ai tessuti nervosi. Utilizzando delle cavie, la scienziata ha integrato una serie di nanotubi di carbonio con i neuroni tramite corrente elettrica, stimolando così la crescita dei neuroni all'interno della struttura sintetica. La dott.ssa Hanein ha commentato: “questo ci ha permesso di vedere come i neuroni crescono e comunicano l'un l'altro e quindi potremo rispondere ad alcune questioni ancora aperte sull'argomento”.

La tecnica della ricercatrice israeliana potrebbe essere utilizzata anche per tentare un'applicazione nei confronti di alcune malattie degenerative della retina: “i neuroni si accoppiano bene con la nostra tecnologia e quindi potremmo usarla per degli impianti della retina, che rimpiazzino le cellule danneggiate dalle malattie in piccole aree dell'occhio”. L'occhio bionico non è ancora una realtà, ma ormai la via sembra tracciata.

Articolo di "Italia Oggi"

---

## **UN CAMBIAMENTO DI PARADIGMA PER IL GLAUCOMA**

Una scoperta inaspettata. La degenerazione provocata dalla malattia si sviluppa in senso inverso a quanto finora ritenuto: parte a livello del cervello per arrivare solo successivamente alla retina.

I primi danni causati dal glaucoma si ritrovano a livello cerebrale, e non dell'occhio. E' questa l'inaspettata conclusione di uno studio condotto da ricercatori del Vanderbilt Eye Institute che ne riferiscono in un articolo pubblicato sui Proceedings of the National Academy of Sciences.

Il glaucoma è generalmente considerato una patologia dell'occhio che provoca una progressiva perdita della capacità visiva dovuto a un aumento della pressione oculare. Il danno inizia a farsi sentire a livello di visione periferica per progredire via via verso il centro e condurre alla cecità per un irreparabile danno al nervo ottico e alla retina se non si interviene per tempo. La terapia classica del glaucoma si concentra sull'abbassamento della pressione intraoculare, ma il nuovo studio induce a prendere in esame anche l'attività neuronale a livello cerebrale, nell'area in cui il nervo ottico forma le prime connessioni con il cervello.

I ricercatori si aspettavano di trovare una perdita di comunicazione nel nervo ottico dell'occhio, ma hanno scoperto che la caduta della connessione era in realtà precedente. La scoperta, osserva David Calkins, avvicina il glaucoma alle altre patologie degenerative del cervello, e rappresenta un cambiamento di paradigma circa il modo in cui dobbiamo guardare alla malattia e ha implicazioni generali: E apre le porte a un approccio terapeutico completamente nuovo.

"In altre malattie correlate all'età, come il Parkinson e l'Alzheimer, il danno ai neuroni inizia molto presto nelle proiezioni distali in un processo che porta l'assone a perdere la capacità di comunicare con il suo obiettivo. Nel caso del glaucoma abbiamo mostrato che gli assoni del nervo ottico perdono la loro capacità di comunicare con il sito di proiezione nel cervello medio", spiega Calkins.

"Se si segue abbastanza a lungo la malattia, alla fine il nervo ottico e poi la retina mostrano segni di degenerazione. Ma la degenerazione opera in senso inverso. Parte a livello del cervello e torna indietro fino alla retina e quindi è all'ultimo stadio della malattia che viene persa la prima struttura, quella a livello dell'occhio".

Articolo di G. G. da "Le Scienze"

---

## **MIGLIORA LA TERAPIA DELL'EDEMA MACULARE DIABETICO**

Novità nel trattamento dell'Edema Maculare Diabetico.

L'anticorpo monoclonale Ranibizumab (Lucentis) in combinazione con il trattamento laser ha determinato un miglioramento della visione superiore a quello ottenuto con il solo laser in pazienti affetti da edema maculare diabetico. Lo confermano i dati di uno studio di fase III appena pubblicato sulla rivista *Ophthalmology*. I risultati del trial sono stati resi noti con un comunicato stampa dal National Eye Institute (NEI), che fa parte della rete dei National Institutes of Health (NIH) statunitensi.

L'edema maculare diabetico è una forma di retinopatia diabetica particolarmente grave ed è la causa più frequente di perdita del visus nelle persone diabetiche. Negli ultimi 25 anni lo standard di cura per questa malattia è stato rappresentato dalla fotocoagulazione laser. In questo studio, però, l'accoppiata anticorpo-laser si è dimostrata superiore al solo laser. Infatti, i pazienti sottoposti al nuovo trattamento che hanno ottenuto un miglioramento sostanziale della visione dopo un anno sono stati quasi il 50% contro il 28% nel gruppo trattato con la terapia standard.

Lo studio, randomizzato in doppio cieco e a gruppi paralleli, ha coinvolto 52 centri americani appartenenti al Diabetic Retinopathy Clinical Research Network (DRCR.net), ed è stato finanziato dal National Eye Institute e dal National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, entrambi parte dei NIH. I partecipanti, 691 pazienti con una diagnosi di diabete (DI TIPO 1 O 2) e di edema maculare, sono stati suddivisi in quattro gruppi e trattati con iniezioni di placebo seguite da laser entro una settimana, iniezioni di ranibizumab più trattamento laser immediato, ranibizumab seguito da laser dopo 6 mesi o più oppure iniezioni di triamcinolone (Trivaris, Allergan) più laser immediato. Dopo circa un anno, quasi il 50% degli occhi trattati con l'anticorpo abbinato al trattamento laser (sia immediato sia ritardato) hanno ottenuto un miglioramento sostanziale della visione, riuscendo a leggere almeno due linee in più su un quadro oftalmico o lettere più

piccole di un terzo rispetto a quelle che erano in grado di vedere all'inizio dello studio. Per gli occhi trattati col solo laser o con la combinazione laser più triamcinolone la percentuale corrispondente è stata del 30%. Nel gruppo di pazienti trattati con ranibizumab, meno del 5% degli occhi ha mostrato una perdita del visus pari o superiore a due linee, con risultati simili a prescindere dal momento in cui è stato fatto il laser, contro il 13 e il 14% negli altri due gruppi.

Commentando i risultati, Neil Bressler, del Wilmer Eye Institute della Johns Hopkins University, e direttore del DRCR, ha detto che "indicano un importante passo avanti sul fronte terapeutico per salvare la visione dei pazienti con edema maculare diabetico". Giudizio condiviso anche da Frederick L. Ferris III, MD, direttore clinico del NEI, il quale ha dichiarato che la combinazione ranibizumab più laser "è il primo trattamento nuovo per questa malattia da oltre un quarto di secolo". "Ora, con questa 'definitiva' prova di superiorità rispetto al solo laser" ha aggiunto Bressler "i medici dovrebbero considerare la possibilità di un uso off-label dell'anticorpo". Secondo quanto reso noto da una portavoce di Roche, l'azienda sta conducendo altri due studi clinici per testare la validità di ranibizumab, che è un anticorpo monoclonale anti-VEGF, nella cura di questa retinopatia. I risultati sono attesi per la prima metà del 2011 e, se fossero positivi, potrebbero supportare la richiesta di via libera a questa ulteriore indicazione. Il farmaco è attualmente approvato in Europa e negli Stati Uniti solo per il trattamento della degenerazione maculare senile, ma ha già dato risultati lusinghieri anche nell'occlusione della vena centrale della retina nei due studi di fase III BRAVO e CRUISE.

---

## **SINDROME DELLA VASCULITE RETINICA IDIOPATICA, ANEURISMI E NEURORETINITE (IRVAN)**

### **Definizione.**

La vasculite retinica idiopatica con aneurismi e neuroretinite (IRVAN) è l'acronimo usato per descrivere una sindrome rara, caratterizzata da un'occlusione vascolare retinica periferica secondaria ad una vasculite retinica con multipli aneurismi arteriosi

riportando dieci casi con le suddette caratteristiche. Più di un decennio prima, nel 1983, Kincaid e Schatz hanno riportato due casi di arterite retinica bilaterale con multiple dilatazioni aneurismatiche e neuroretinite. Tali casi sono la prima, presunta, descrizione in letteratura della sindrome IRVAN. La sindrome IRVAN colpisce prevalentemente giovani pazienti: la più grande casistica presentata da Samuel et al. ha una età media di 31,5 anni, con un range compreso tra 9-60 anni. La sindrome IRVAN sembra interessare maggiormente il sesso femminile con un rapporto di 2:1 rispetto a quello maschile. La storia familiare non è in genere significativa.

### **Manifestazioni cliniche.**

Non ci sono manifestazioni generali sistemiche che si riscontrino frequentemente nella sindrome IRVAN. Le peculiarità oftalmologiche sono invece assai caratteristiche: IRVAN produce generalmente multipli macroaneurismi retinici, neuroretinite, e una perfusione capillare periferica gravemente deficitaria, con coinvolgimento oculare bilaterale [3]. Una maculopatia essudativa con essudati duri è un'altra caratteristica di quest'affezione (Figura 1), che può portare a grave perdita del visus ed a possibili sequele, quali trazioni vitreali fino al distacco di retina propriamente detto [3]. Inoltre, è stato descritto edema della testa del nervo ottico e, raramente, è stato documentato un aumento della pressione intracranica. La rubeosis iridis può essere un ulteriore fattore di aggravamento.

### **Eziologia e patogenesi.**

La fisiopatologia dell'IRVAN è ancora sconosciuta: diverse ipotesi sono state proposte, come ad esempio l'aumento della pressione endocranica, l'edema del nervo ottico \*4+ e sinusiti micotiche, ma le indagini sistemiche non collegano questa condizione ad altre anomalie. IRVAN è una patologia idiopatica e non c'è attualmente alcuna evidenza che indichi un possibile meccanismo fisiopatologico ben chiaro. Tuttavia, le alterazioni oculari rilevabili in questa malattia sono simili a quelle che si verificano nel diabete: la perdita visiva nei pazienti affetti da IRVAN deriva solitamente da un'ischemia periferica della retina e dal successivo sviluppo di alterazioni vascolari proliferative, che portano ad una maculopatia

essudativa. Come nella retinopatia diabetica, l'infiammazione può svolgere un ruolo primario nella patogenesi dell'IRVAN [7-11]. I meccanismi che caratterizzano la patogenesi della retinopatia diabetica coinvolgono specifiche molecole di adesione come l'integrina ligando CD18<sup>+</sup>, utilizzata dai leucociti per aderire alla molecola di adesione intercellulare-1 (ICAM-1) sulla superficie dei vasi. Precedenti pubblicazioni hanno dimostrato il ruolo dell'adesione dei leucociti per interazione CD18/ICAM-1 nella patogenesi del diabete inducendo precocemente leucostasi e rottura della barriera emato-retinica, che può essere ipotizzata come possibile meccanismo trigger delle anomalie vascolari nella sindrome IRVAN. D'altra parte, non essendovi un modello animale per la sindrome IRVAN, tali ipotesi rimangono meramente speculative e costituiscono solo una base su cui costruire futuri trial.

### **Diagnostica.**

Recentemente Samuel et al hanno proposto un sistema di stadiazione per la sindrome IRVAN sia per distinguere i diversi stadi, sia per confrontare e differenziare le variazioni di sviluppo della IRVAN con altre forme di retinopatia ischemica. Le indagini sistemiche generalmente non forniscono dati utili all'inquadramento diagnostico, anche se ci sono alcuni report che indicano anomalie cliniche, quali eosinofilia ed aumento della pressione intracranica. La fluorangiografia è indispensabile sia per stabilire la diagnosi di IRVAN (Figura 2), sia per differenziare gli stadi della malattia: nella classificazione proposta da Samuel et al., lo stadio 2 si basa sulla caratteristica angiografica di assenza di perfusione capillare. Inoltre, lo stadio 2 ha un esito favorevole se trattato immediatamente. La fluorangiografia può dimostrare dilatazioni aneurismatiche a carico delle arteriole retiniche, con evidenza di leakage diffuso a livello degli aneurismi.

### **Caratteristiche.**

- 1) Macroaneurismi, essudazione, neuroretinite, vasculite retinica;
- 2) Perfusione capillare assente (evidenza angiografica);
- 3) Neovascolarizzazione del segmento posteriore del disco o altrove e/o emorragia vitreale;
- 4) Neovascolarizzazione del segmento anteriore (rubeosis iridis);

5) Glaucoma neovascolare anomalie vascolari possono essere rilevate sia a carico della testa del nervo ottico sia nelle arteriole retiniche stesse, con ritardo d'impregnazione delle dilatazioni aneurismatiche. La testa del nervo ottico mostra spesso leakage nella fase iniziale dell'angiogramma e impregnazione nelle fasi successive. L'assenza di perfusione capillare periferica e le adiacenti anomale anastomosi artero-venose possono essere rilevate a partire dallo stadio 2.

### **Diagnosi Differenziale.**

Le peculiari caratteristiche oculari dell'IRVAN rendono questa sindrome ben distinguibile dalle altre. Tuttavia, questa può essere confusa con altre vasculopatie, come l'occlusione della vena centrale della retina, la retinopatia diabetica e altre vasculiti retiniche, oltre ad altre forme di vasculiti occlusive come il morbo di Eales e la vasculite tubercolare. Per tali motivi, è importante considerare le caratteristiche della malattia per la diagnosi differenziale, evidenziando le differenze, che possono distinguere l'IRVAN dalle altre condizioni patologiche.

### **Trattamento.**

L'IRVAN non deve essere lasciata senza trattamento poiché prona ad una rapida progressione, con conseguente grave disabilità visiva. Tuttavia, la strategia terapeutica per l'IRVAN non è ancora ben definita. Owens e Gregor hanno riportato nel 1992, un caso di una donna di 18 anni che da 3 anni presentava multipli aneurismi arteriosi retinici con flogosi vascolare; in tale caso venne diagnosticata una "vasculite atipica", pur se il quadro clinico sembrerebbe suggestivo per IRVAN. Tale affezione, in assenza di trattamento, si risolse spontaneamente, con una diminuzione graduale delle dimensioni e del numero degli aneurismi arteriosi retinici. Pur se i dati riportati in alcuni case report suggerirebbero un possibile corso della malattia benigno e autolimitante con la scomparsa dei macro-aneurismi e la risoluzione della vasculite retinica, la storia naturale dei pazienti che non ricevono un trattamento rapido sembra non essere favorevole: pazienti che hanno raggiunto lo stadio 4 o 5 hanno scarsi risultati nonostante le terapie. Lo stadio 3 può essere ancora adeguatamente controllato se trattato tempestivamente, pur se le terapie in questo stadio

possono non arrestare efficacemente la progressione della malattia. Il ruolo degli steroidi rimane incerto: steroidi sistemici, intravitreali e sub-Tenoniani sembrano essere inefficaci nel modificare il corso naturale della malattia, senza un'evidente riduzione sia della vasculite che della neovascolarizzazione. L'immunosoppressione è stata usata in una piccola percentuale di pazienti e non ha prodotto un risultato soddisfacente. La fotocoagulazione pan-retinica (PRP) può influenzare la progressione della malattia, contribuendo ad una prognosi favorevole: nella casistica riportata da Samuel et al la PRP, in particolare eseguita negli stadi iniziali, può ridurre il rischio di perdita visiva. Sulla base di alcuni casi favorevoli riportati in letteratura e considerando la rarità della patologia, non è chiaro quando iniziare il trattamento laser: i dati disponibili sono solo su serie di casi retrospettivi e non ci sono studi di controllo randomizzati. Samuel et al. hanno concluso che iniziare la PRP prima o poco dopo lo sviluppo di qualsiasi neovascolarizzazione potrebbe ridurre la progressione della malattia e la perdita dell'acuità visiva: l'evidenza di un'assenza diffusa di perfusione retinica, sulla base della fluorangiografia, può essere un indicatore valido per un'efficace e tempestiva PRP. La vitrectomia per via pars plana è stata considerata in 10 occhi con emorragia del vitreo e distacco retinico trazionale e la criopessia periferica è stata riportata in 5 casi; nessuna analisi è disponibile su tali tecniche e non si possono trarre conclusioni.

### **Prognosi.**

La storia naturale dell'IRVAN rimane incerta: come malattia rara della retina, nessuna conclusione definitiva può essere raggiunta e, anche se la diagnosi è possibile su basi cliniche, non vi è alcuna strategia di trattamento stabilito. Anche se ci sono report con esito favorevole, la storia naturale può avere un corso aggressivo con devastanti conseguenze visive. L'alto tasso di progressione osservato nello stadio 3, nonostante la PRP, e la prognosi infausta negli stadi 4 e 5, indicano la gravità dello stadio avanzato della malattia, nel quale i cambiamenti ischemici determinano un processo lesivo tissutale, di fatto, non reversibile. La PRP in fase precoce può quindi limitare la progressione della retinopatia proliferativa e può offrire un esito visivo favorevole.

Piergiorgio Neri, BMedSc, MD, PhD - Ancona -

Doctor\_blacks@hotmail.com

Manuela Zucchi, BMedSc, MD

Riconoscimenti: si dichiara che il primo ed il secondo autore hanno equamente contribuito al presente articolo.

---

## **IL DIRITTO DI LEGGERE: I NON VEDENTI SI APPELLANO ALL'EUROPARLAMENTO**

BRUXELLES - I non vedenti e gli impossibilitati alla lettura hanno fame di libri e leggere è un diritto di tutti. Purtroppo, però, solo il 5% dei libri pubblicati nei Paesi industrializzati è accessibile ai ciechi e a quelli che non possono leggere le normali pubblicazioni su carta stampata. E nel Sud del mondo la percentuale scende a un imbarazzante 1%. Per porre fine a questa carestia di libri accessibili, la World Blind Union, che rappresenta oltre 160 milioni di ciechi e ipovedenti in 177 Paesi, ha presentato al Parlamento europeo un documento in cui si chiede che le leggi vigenti sulla proprietà intellettuale prevedano delle eccezioni per la distribuzione non commerciale di libri in formato accessibile. Fino ad ora, a occuparsi del problema sono - in modalità diverse da Paese a Paese - organizzazioni del terzo settore, volontari, cooperative e Onlus che trascrivono i libri pubblicati in diversi formati (Braille, caratteri ingranditi, registrazioni in mp3 o in un formato ad hoc per i libri accessibili che si chiama Daisy e che prevede la commistione fra file audio e testo in versione digitale). Il lavoro di scansione dei libri e loro correzione o quello di registrazione è comunque lungo e non scevro da imprecisioni e non permette ai ciechi e agli ipovedenti di avere il libro con la stessa tempistica dei normali lettori che lo comprano in libreria. Inoltre, solo una minima parte dei testi pubblicati riesce a essere prodotta in formato accessibile. Ma c'è una via d'uscita? Sì, ed è anche piuttosto semplice: ogni libro pubblicato, ormai, prima di essere stampato è un file perfettamente rivisto e corretto dagli editori.

Allora perché non rendere i file dei libri disponibili ai non vedenti, ipovedenti e impossibilitati alla lettura? È proprio questo quello che la World Blind Union, nel suo documento, chiede alla World Intellectual Property Organisation e agli europarlamentari, decision-maker e funzionari europei. Il documento è già stato appoggiato, all'interno dell'organizzazione mondiale che tutela la proprietà intellettuale, da Messico, Brasile, Ecuador e Paraguay. Inoltre, la European Blind Union, che è partner nell'organizzazione del convegno di oggi a Bruxelles, chiede all'UE di intraprendere un'iniziativa legislativa affinché anche nell'Unione Europea il diritto alla lettura sia un diritto universale.

Articolo del "Redattore Sociale"

---

## **L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ ADESSO PASSA PER INTERNET**

Vediamo come orientarsi nel nuovo iter. Certificati, domande, convocazioni, verbali e documentazioni amministrative, viaggiano sul web e sono consultabili in tempo «quasi» reale.

MILANO - Molte persone disabili lo sanno già; altre sono ancora disorientate: dal primo gennaio 2010 sono cambiati alcuni importanti passaggi dell'iter di domanda, accertamento e riconoscimento delle minorazioni civili (invalidità e cecità civile, sordità), dell'handicap (Legge 104/1992) e della disabilità (Legge 68/1999). Per le persone con disabilità e per i loro familiari, quello dell'accertamento è un momento importante e delicato perché è il primo imprescindibile passaggio per la concessione di assistenza, provvidenze economiche, ausili, agevolazioni lavorative e fiscali.

### **LE FONTI NORMATIVE.**

La nuova disciplina è fissata dalla Legge 3 agosto 2009, n. 102 (articolo 20) e regolamentata dalla Circolare INPS 28 dicembre 2009, n. 131. Le principali innovazioni che riguardano direttamente il Cittadino sono tre:

1) la domanda di accertamento non va più rivolta alla propria Azienda USL, ma all'INPS;

- 2) tutto il procedimento è informatizzato e gestito telematicamente;
- 3) le competenti Commissioni ASL sono integrate da un medico INPS.

Già all'indomani dell'approvazione della Legge 102/2009, l'INPS ha iniziato a progettare e ad organizzarsi per la nuova gestione. Le relative indicazioni sono state perfezionate e diffuse attraverso la Circolare INPS 28 dicembre 2009, n. 131.

### **TRASPARENZA, TRACCIABILITÀ E TEMPI.**

La piena trasparenza dei procedimenti è il primo obiettivo che viene perseguito, soprattutto attraverso strumenti e modalità informatici e telematici. La presentazione delle domande e l'archiviazione di tutti gli atti avverranno attraverso un sistema informatico gestito dall'INPS, garantendo così, quando il sistema sarà a regime, la tracciabilità di qualsiasi procedura in tempo reale. L'altro obiettivo è quello dell'uniformità dei modelli di presentazione della domanda e dei relativi verbali di accertamento, messi a disposizione dall'INPS superando così l'attuale disomogeneità di questi atti a livello locale. Un ultimo interessante obiettivo è quello di mantenere i tempi dei procedimenti che vanno dalla domanda alla concessione delle eventuali provvidenze economiche entro i 120 giorni. Tempi ben più ristretti rispetto a quelli precedentemente adottati.

### **INFORMATICA E TELEMATICA.**

L'intera gestione del procedimento, come detto, è informatizzata attraverso un'applicazione specifica («Invalidità Civile 2010» - InvCiv2010), disponibile sul sito dell'INPS. L'accesso all'applicazione è consentito solo agli utenti muniti di PIN (Personal Identification Number), cioè di un codice di identificazione univoco, rilasciato dallo stesso INPS. Possono accedere al sistema, con diversi gradi e modalità di autorizzazione, i Cittadini, i medici certificatori, i patronati sindacali, le associazioni di categoria, le Commissioni ASL e il personale autorizzato dell'INPS. Il Cittadino stesso può, quindi, presentare la domanda di accertamento (anche se forse è preferibile appoggiarsi ad un patronato sindacale), ma soprattutto seguire l'iter della propria pratica dal momento della richiesta di visita all'erogazione delle eventuali provvidenze e inserire le ulteriori informazioni richieste ai fini della concessione

delle stesse provvidenze. Per far ciò, tuttavia, deve richiedere il PIN. Può farlo inoltrando la richiesta direttamente dal sito dell'Inps, sezione dei Servizi on line (inserendo i dati richiesti saranno visualizzati i primo otto caratteri del PIN; la seconda parte del codice sarà successivamente recapitata per posta ordinaria) oppure, in alternativa, tramite il Contact Center INPS (803164). Ma vediamo quali sono le diverse fasi e cosa bisogna fare.

## **LA CERTIFICAZIONE MEDICA.**

Come nei procedimenti attuali, per prima cosa bisogna rivolgersi al medico curante (medico certificatore) per il rilascio del certificato introduttivo. Basandosi sui modelli di certificazione predisposti dall'INPS, il medico deve attestare la natura delle infermità invalidanti, riportare i dati anagrafici, le patologie invalidanti da cui il soggetto è affetto con l'indicazione obbligatoria dei codici nosologici internazionali (ICD-9). Dovrà, se presenti, indicare le patologie elencate nel Decreto Ministeriale 2 agosto 2007 che indica le patologie stabilizzate o ingravescenti che danno titolo alla non rivedibilità. Infine deve indicare l'eventuale sussistenza di una patologia oncologica in atto. Questo certificato – è questa la novità – va compilato su supporto informatico ed inviato telematicamente. Anche i medici certificatori, per eseguire questa operazione, devono prima «accreditarci» presso il sistema richiedendo un PIN che li identificherà in ogni successiva certificazione. Una volta compilato il certificato, il sistema genera un codice univoco che il medico consegna all'interessato. Il medico deve anche stampare e consegnare il certificato introduttivo firmato in originale, che il Cittadino deve poi esibire al momento della visita. La ricevuta indica il numero di certificato che il Cittadino deve riportare nella domanda per l'abbinamento dei due documenti. Il certificato ha validità 30 giorni: se non si presenta in tempo la domanda, il certificato scade e bisogna richiederlo nuovamente al medico. Nel caso di sola domanda di accertamento per il collocamento mirato (Legge 68/99), non è richiesto il certificato medico, in quanto la domanda può essere presentata esclusivamente da cittadini ai quali la condizione di invalidità è già stata riconosciuta con una percentuale superiore al 45%, oppure sia stata riconosciuta la condizione di cieco civile o sordo.

## **LA DOMANDA.**

Una volta in possesso del certificato introduttivo, il Cittadino può presentare la domanda di accertamento. Può farlo autonomamente, dopo aver acquisito il PIN, oppure attraverso gli enti abilitati: associazioni di categoria, patronati sindacali, CAAF, altre organizzazioni. In questa fase si abbina il certificato rilasciato dal medico (presente nel sistema) alla domanda che si sta presentando. Nella domanda sono da indicare i dati personali e anagrafici, il tipo di riconoscimento richiesto (handicap, invalidità, disabilità), le informazioni relative alla residenza e all'eventuale stato di ricovero. Il Cittadino può indicare anche una casella di posta elettronica (che se è certificata consente comunicazioni valide da un punto di vista burocratico) per ricevere le informazioni sul flusso del procedimento che lo riguarda. Tutte le «fasi di avanzamento» possono essere consultate anche online nel sito dell'INPS, sia dal Cittadino che dai soggetti abilitati grazie al codice di ingresso (PIN).

## **LA RICEVUTA E LA CONVOCAZIONE A VISITA.**

Per ogni domanda inoltrata, il sistema genera una ricevuta con il protocollo della domanda. La procedura informatica propone poi un'agenda di date disponibili per l'accertamento presso la Commissione dell'Azienda USL. Il Cittadino, può scegliere la data di visita o indicarne una diversa da quella proposta, scegliendola tra le ulteriori date indicate dal sistema. Vengono fissati indicativamente dei nuovi limiti temporali: - per l'effettuazione delle visite ordinarie è previsto un tempo massimo di 30 giorni dalla data di presentazione della domanda; - in caso di patologia oncologica ai sensi dell'art. 6 della Legge n. 80/06 o per patologia ricompresa nel DM 2 agosto 2007, il limite temporale scende a 15 giorni. Se non è possibile, in tempo reale, fissare la visita entro l'arco temporale massimo, a causa dell'indisponibilità di date nell'agenda, la procedura può segnalare date successive al limite previsto, oppure registrare la domanda e riservarsi di definire in seguito la prenotazione della visita. Una volta definita la data di convocazione, l'invito a visita è visibile nella procedura informatica (visualizzato nel sito internet) e viene comunicato con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, all'indirizzo e alla email eventualmente comunicata. Nelle lettere di invito a visita sono

riportati i riferimenti della prenotazione (data, orario, luogo di visita), delle avvertenze riguardanti la documentazione da portare all'atto della visita (documento di identità valido; stampa originale del certificato firmata dal medico certificatore; documentazione sanitaria, ecc.), e delle modalità da seguire in caso di impedimento a presentarsi a visita, nonché le conseguenze che possono derivare dalla eventuale assenza alla visita. Nella stessa lettera viene ricordato che:

- il Cittadino può farsi assistere, durante la visita, da un suo medico di fiducia;
  - in caso di impedimento, può chiedere una nuova data di visita collegandosi al sito dell'Inps e accedendo al Servizio online con il proprio codice di identificazione personale (PIN);
  - se assente alla visita, verrà comunque nuovamente convocato.
- La mancata presentazione anche alla successiva visita sarà considerata a tutti gli effetti come una rinuncia alla domanda, con perdita di efficacia della stessa.

### **VISITE DOMICILIARI.**

Nel caso in cui la persona sia intrasportabile (il trasporto comporta un grave rischio per l'incolumità e la salute della persona) è possibile richiedere la visita domiciliare. Anche in questo caso la procedura è informatizzata e spetta al medico abilitato a rilasciare il certificato introduttivo. Il certificato medico di richiesta visita domiciliare va inoltrato almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale. È poi il Presidente della Commissione dell'Azienda USL a valutare il merito della certificazione e dispone o meno la visita domiciliare. In caso di accoglimento, il Cittadino viene informato della data e dell'ora stabilita per la visita domiciliare, altrimenti viene indicata una nuova data di invito a visita ambulatoriale. Tali comunicazioni saranno notificate con le modalità già descritte (visualizzazione sul sito internet, eventuale invio per posta elettronica, lettera raccomandata).

### **LA VISITA.**

La visita avviene presso la Commissione della Azienda USL competente che, dal 1 gennaio 2010 è - in forza dell'articolo 20 della Legge 102/2009 - integrata con un medico dell'INPS. La Commissione accede al fascicolo elettronico contenente la

domanda e il certificato medico. Al termine della visita, viene redatto il verbale elettronico, riportando l'esito, i codici nosologici internazionali (ICD-9) e l'eventuale indicazione di patologie indicate nel Decreto 2 agosto 2007 che comportano l'esclusione di successive visite di revisione. Sono abilitati all'accesso a questi dati solo alcuni medici e funzionari, per contenere il rischio di abusi relativi alla riservatezza dei dati. Tutta la documentazione sanitaria presentata nel corso della visita viene conservata e acquisita agli atti dall'Azienda USL. In caso di assenza a visita senza giustificato motivo, la domanda viene rigettata. Il Cittadino dovrà presentare una nuova domanda, previo rilascio del certificato da parte del medico curante.

### **LA VERIFICA DEI VERBALI.**

Fino al 31 dicembre 2009 tutti i verbali emessi delle Commissioni ASL dovevano essere inviati alla competente Commissione INPS per la verifica e la convalida. La Commissione INPS aveva tempo 60 giorni, dalla ricezione dei verbali, per convalidare il verbale, oppure per sospenderlo e chiedere chiarimenti all'Azienda USL oppure per riconvocare a visita l'interessato. Trascorsi 60 giorni vige il principio del silenzio assenso. Nessuna norma fissa il tempo massimo di invio dei verbali, da parte delle Commissioni ASL all'INPS. Anche su tale passaggio le novità sono sostanziali. Come già detto, le Commissioni ASL sono integrate con un medico dell'INPS e questo può rappresentare un vantaggio in termini di tempi, oltre che – sicuramente – di risparmi di gestione. Infatti, se al termine della visita il verbale viene approvato all'unanimità, il verbale, validato dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS, viene spedito all'interessato da parte dell'INPS stesso. Se il verbale dà diritto a prestazioni economiche (pensioni, indennità, assegni), viene anche attivato il flusso amministrativo per la relativa concessione ed erogazione e quindi inviato anche all'ente conceditore e «messo in lavorazione». Se al termine della visita di accertamento, invece, il parere non è unanime, l'INPS sospende l'invio del verbale e acquisisce gli atti che vengono esaminati dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS. Questi può validare il verbale entro 10 giorni oppure procedere ad una nuova visita nei successivi 20 giorni. La visita, in questo caso, viene effettuata, oltre che da un medico INPS (diverso da quello

presente in Commissione ASL), da un medico rappresentante delle associazioni «di categoria» (ANMIC, ENS, UIC, ANFFAS) e, nel caso di valutazione dell'handicap, da un operatore sociale (per le certificazioni relative alla Legge 104/1992 e 68/1999). La Commissione medica può avvalersi della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione. Le consulenze potranno essere effettuate da medici specialisti INPS o da medici già convenzionati con l'Istituto.

### **L'INVIO DEL VERBALE.**

Come detto, il verbale viene inviato al Cittadino dall'INPS. Le versioni inviate sono due: una contenente tutti i dati sensibili e una contenente solo il giudizio finale per gli usi amministrativi. Se il giudizio finale prevede l'erogazione di provvidenze economiche, il Cittadino viene invitato ad inserire online i dati richiesti (ad esempio reddito personale, eventuale ricovero a carico dello Stato, frequenza a scuole o centri di riabilitazione, coordinate bancarie). Anche queste informazioni finiscono nella «banca dati» e completano il profilo della persona ai fini dell'invalidità civile, handicap e disabilità. E anche per queste procedure è bene farsi assistere da un patronato sindacale, un'associazione o un soggetto abilitato. Il procedimento si conclude con l'erogazione delle provvidenze economiche nei casi in cui ne sia riconosciuto il diritto sulla base dei requisiti sanitari e di diritto. I fascicoli elettronici dei verbali conclusi vengono archiviati nel Casellario Centrale di Invalidità gestito dall'INPS.

Articolo di Carlo Giacobini de "Il Corriere della Sera"

---

### **La Redazione Atrinforma:**

De Majo Riccardo, Greci Stefano, Moretti Irene, Pecchia Stefano, Santucci Luca e Vannini Simone.

Sito Internet: [www.atritoscana.it](http://www.atritoscana.it)

Scrivi a: [info@atritoscana.it](mailto:info@atritoscana.it)

Per informazioni contattare i seguenti numeri:  
055 89 51 998 oppure 0584 33 34 54