

Anno XXXI, N. 2

AGGIO APRILE 1991

# PROTEZIONE SOCIALE

rivista quadrimestrale di diritto del lavoro

## INDICE SOMMARIO

	pag.
<b>Articoli e studi</b>	
Salvatore e Roberto Cerminara « <i>Riflessioni su una idea di programma: il coordinamento tra sociale e sanitario con particolare riferimento all'area rurale</i> »	141
Leonardo Cuzzocrea: « <i>Integrazione al trattamento minimo della pensione di anzianità in regime internazionale</i> » .....	157
Samuele Greco: « <i>L'assegno di invalidità e la pensione di inabilità non spettano a coloro che hanno raggiunto l'età pensionabile - Legge 222 del 12.6.84, art. 3</i> »	161
<b>Medicina sociale</b>	
Giuliana Vullo: « <i>In aumento i casi di brucellosi umana</i> » .....	165
Luigi Tonino Marsella - Giancarlo Gervasi - Elena Pisani: « <i>Afachia monolaterale post-traumatica</i> » ...	175
<b>Giurisprudenza</b> .....	181
<i>Massimario di giurisprudenza</i> .....	213
<i>Indice numerico delle sentenze e delle massime</i> ....	246
	139

## Afachia monolaterale post-traumatica

Per Afachia secondaria o Pseudoafachia si intende la perdita, per degenerazione o riassorbimento, del cristallino.

Molteplici sono le occasioni che espongono il cristallino a traumi insorgenti con le modalità più svariate.

L'opacamento della lente si instaura anche in conseguenza dell'azione di agenti fisici.

I traumi del cristallino, o più generalmente del bulbo oculare, possono produrre due gruppi di lesioni: le une le perforazioni; le altre le contusioni.

Non di rado però il danno traumatico può rendersi manifesto in modo misto, cioè una perforazione della capsula può accompagnarsi ad aspetti chiaramente contusivi della lente.

### Tipi di cataratta

#### A) Cataratta da perforazione della capsula

Le ferite perforanti sono la più comune causa della perdita di un occhio, sia per la gravità della lesione in se stessa, sia a causa delle innumerevoli complicazioni che possono seguire alla più banale ferita.

Come regola generale, una ferita del cristallino, non può guarire perché privo di fibre nervose e vascolari.

Schematizzando possiamo distinguere tre vari tipi di lesioni:

1) Lesioni capsulari: se la lesione interessa la sola capsula ne consegue una opacità superficiale localizzata.

Se invece interessa anche le fibre sottostanti, queste si rigonfiano e si opacizzano con tanta maggiore facilità, quanto più il paziente è giovane.

Le masse del cristallino fortemente idratate riversandosi in camera anteriore possono determinare episodi ipertensivi per il blocco dell'angolo.

(\*)

	1986 (primi otto mesi)
	130
	51
	64
	335
	171
	226

brucellosi. Quelli qui Gargani, direttore del servizio di epidemiologia dell'OMS per l'Italia, ha studiato il fenomeno. La inadeguatezza degli interventi di igiene e l'assenza di un'adeguata informazione degli alimenti di origine animale ci si espone

Contagio uomo

te, malattia acuta  
lattia cronica  
te malattia acuta

te  
ale

inari, pastori,  
riani  
ri, consumatori  
amatori

amatori  
le categorie

2) Lesione lenticolare: comporta un opacamento proporzionale all'importanza della lesione di continuo; pertanto ogni espressione è possibile, da una piccola traccia opaca, fino all'opacamento totale e rapido con masse cristalliniche in camera anteriore.

3) Opacamento a distanza: una frequente conseguenza delle ferite perforanti della lente, è la cataratta a « rosetta », che è situata nella regione sottocapsulare, alcune volte sotto la cristalloide anteriore, ma, molto più comunemente e tipicamente al polo posteriore, anche se la ferita è localizzata anteriormente.

#### B) Cataratte contusive

La contusione del bulbo è la più grave delle lesioni non perforanti. Deve essere tenuto presente che un colpo di forza sufficiente può causare lacerazioni interne e nello stesso tempo lasciare le membrane superficiali intatte. Sono frequenti le lesioni della lente e della capsula.

Le cataratte da contusione o da commozione, possono o meno, essere associate a lacerazioni capsulari.

L'opacizzazione conseguente alla lacerazione della capsula, è data dalla penetrazione dell'acqua nell'interno della lente, mentre l'opacizzazione senza lacerazione capsulare si forma per una alterazione della normale semi permeabilità della capsula del cristallino, che provoca una simile, ma meno drammatica inibizione di liquido.

Delle varie forme di cataratte contusive, oltre l'aspetto è importante, dal punto di vista medico legale, rilevare:

- a) la loro unilateralità
- b) l'esistenza di segni collaterali (lesioni corneali, lesioni irido-ciliari, anello di Vossius, irregolarità pupillare) che denunciano un trauma recente o remoto e che consentono di imputare la cataratta all'evento traumatico.
- c) un terzo elemento dovrà essere valutato: la variazione della acutezza visiva, che rappresenta la spia della rapidità di costituzione e di valutazione della opacità del cristallino.

C) *Cataratta da agenti fisici*

a) da radiazioni ionizzanti:

tutte le regioni anatomiche dell'occhio possono essere colpite dalle irradiazioni ionizzanti.

Si possono constatare, dopo alcune irradiazioni, generalmente superiori a 500 R, processi patologici che vanno dalle semplici bleferiti o congiuntiviti, fino alla comparsa di opacizzazioni progressive del cristallino, prive di carattere specifico.

Si riconosce, attualmente che il cristallino è particolarmente sensibile alle radiazioni corpuscolari e che tale sensibilità è in funzione dell'energia dell'emissione.

b) cataratta da caustici:

causticazioni corneali da alcali, possono essere seguite da opacità posteriori del cristallino, con carattere non evolutivo, le opacità insorgono con maggiore frequenza quando è interessata la regione ciliare.

c) cataratta termica:

le principali fonti professionali di pericolo sono le radiazioni emesse dal vetro incandescente nelle vetrerie (cataratta dei vetrai, dalle masse e superfici incandescenti nelle fonderie e nelle fabbriche di lamiera, nei laminatoi, nonché nelle fabbriche di carburanti.

**Conseguenze funzionali nell'afachico**

L'afachia, soprattutto se unilaterale, produce delle profonde variazioni dell'equilibrio funzionale dei due occhi, cioè la perdita della visione binoculare, che può essere definita come l'uso coordinato dei due occhi per produrre un'immagine singola.

Le difficoltà di adattamento a questa nuova condizione sensoriale e le possibili ripercussioni sulle attività del soggetto lesso sono molto variabili secondo l'età, la professione e il tipo di correzione possibile.

Nel giovane si traduce frequentemente in una ambliopia che può avere una rapida comparsa la cui rieducazione è spesso difficile, perché va condotta su di un occhio alterato nella sua dotazione ottica.

La correzione ottica deve essere quanto più precoce possibile, ma non sempre ciò è sufficiente a scongiurare le alterazioni della visione binoculare.

Nell'adulto la perdita della visione binoculare può, in certi casi, avere delle spiacevoli ripercussioni professionali ed essere responsabile di un declassamento.

La sola possibilità che si offre all'afachico monolaterale, al fine di recuperare la visione bilaterale è nell'uso delle lenti a contatto.

Anche queste però pongono dei problemi:

- quello della loro tolleranza;
- quello della incidenza del loro uso sul tasso di invalidità.

Un certo numero di afachici si troveranno fin dall'inizio preclusa la via delle lenti a contatto per diversi motivi legati a complicità o più semplicemente a rifiuto, da parte dello stesso paziente, a far uso di tali protesi; entrano in gioco, in questo secondo caso, fattori legati all'età, alle condizioni sociali, al livello culturale e al tipo di lavoro svolto.

Attualmente però il miglioramento tecnico nella costruzione di lenti corneali ha fatto aumentare in notevole misura, sia il numero di coloro che ne traggono beneficio, sia le indicazioni per le quali vengono consigliate e prescritte.

I tipi di lenti a contatto attualmente disponibili sono di varie forme e di materiali diversi:

- lenti sclero corneali;
- lenti corneali (rigide, toriche, lenticolari, bifocali, al silicone, morbide, flessibili).

In relazione ai diversi tipi di afachia discordano notevolmente le indicazioni riportate sulla letteratura.

Sulle possibilità di recupero della visione binoculare singola, mediante uso di lenti corneali in operati mono lateralmente per cataratta.

Una certa difficoltà, per interpretare i dati della letteratura, consiste nel fatto che in alcuni casi non viene fatta menzione di metodi per la determinazione della visione binoculare mentre, in altri casi vengono segnalati risultati favorevoli ottenuti mediante tecniche apliscopiche.

In uno studio (seguito da Peonardi e coll.) 1970 su 45 presenti, che in seguito a trauma avevano sviluppato una cataratta traumatica monolaterale e che erano stati operati e successivamente corretti con una lente corneale, è stata determinata la refrazione e il visus; è stato quindi eseguito un esame ortotico completo comprendente i vari test (vetri striati, luci di warth, sinottopono, post immagini) e la determinazione qualitativa del senso stereoscopico per vicino (fly test) e per lontano (pola test).

Il visus minimo rilevato nell'occhio afachico corretto con lente a contatto è stato di 6/10, mentre nell'occhio controlaterale è stato di 10/10 con correzione.

La percentuale di aniseiconia residua variava dal 4 all'8%.

Ciò ha confermato i risultati riportati in precedenza nella letteratura, le lenti corneali, anche se non correggono in maniera totale l'aniseiconia, consentono nel caso della afachia monolaterale post-traumatica una visione binoculare singola completa all'esame strumentale nella pratica clinica. (Pammorale Grengre Leonardi).

In conclusione, il risultato conseguito, induce gli AA. a suggerire di rivedere le tabelle di invalidità che prevedono in soggetti con occhio afochico, di considerare tali individui funzionalmente monocoli (Macchiarelli).

dott. Luigi Tonino Marsella

dott. Giancarlo Gervasi

dott. Elena Pisano

(area della ricerca di medicina preventiva - CNR)

### Bibliografia

- (1) V. Chiodi, V. Rizzini: Valutazione medico-legale della pseudoafachia. Bollettino di oculistica. Anno 63 - n. 7-8-1984.
- (2) Duke-Elder S.: Sistem of ophthalmology. Vol. 13 Ed. Kimpton London, 1971.
- (3) Kurz G. H., Einaugler R. Dept of Ophthalmol N. Y. Univ. Med. Cent. New York, N. Y. Cataract Secondary to microwave radiation. Amer. J. Ophthal. 1969, 66/5.
- (4) Leonardi E., Cerulli L., Grenga R.: Valutazione della visione binoculare nella afachia post-traumatica monolaterale corretta con lenti corneali. Boll. d'Ocul. 49, 449, 1970.
- (5) L. Macchiarelli, R. Grenga, E. Leonardi: Considerazioni sulla valutazione del danno nella afachia monolaterale conseguente a trauma. Boll. d'Ocul. 1976.
- (6) Luvoni - Bernardi: Guida alla valutazione medico-legale della invalidità permanente. Ed. Giuffrè, Milano, 1975.
- (7) Ricci G.: I traumi dell'occhio e la legge sugli infortuni sul lavoro. Cappelli edizione Bologna 1920.