

Al Presidente Commissione XXII Affari Sociali Camera dei Deputati On. MARIO MARAZZITI

e p.c. a Tutti i Componenti Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati

OGGETTO: MEMORIA AUDIZIONE INFORMALE DISEGNO DI LEGGE C.3868
Onorevole Presidente e Componenti della Commissione,



Inviando quanto esposto nell'audizione con un'integrazione iniziale di chiarimento riguardo le professioni dell'area della riabilitazione. Il Decreto Ministeriale di riconoscimento della professione di Ortottista è il D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6). Nell'elenco di tutte le professioni sanitarie riconosciute dallo Stato Italiano (allegato A elenco e relative norme di riferimento) l'Ortottista è stata inserita dal Ministero della Salute nell'Area della Riabilitazione. Alle professioni sanitarie riconosciute lo Stato chiede anche di essere rappresentate da un'Associazione di categoria che per assumere questa funzione rappresentativa deve avere requisiti simili a quelli richiesti per i collegi ad eccezione della non obbligatorietà di iscrizione dei professionisti. Tale riconoscimento, a fronte del possesso dei requisiti richiesti, avviene tramite un decreto ministeriale¹. Lo Stato poi chiede a suddette associazioni di abilitare i professionisti sanitari nelle sedute di laurea, di concorrere a definire il fabbisogno formativo annuale dei professionisti da formare nelle Università, di fare parte dell'Osservatorio delle professioni sanitarie del MIUR. Le professioni regolamentate dal Governo Italiano², pur non avendo Ordine o Collegio, hanno uno status alquanto diverso dalle professioni che vengono perorare un riconoscimento, che ancora non hanno, come professione sanitaria. Riteniamo che il criterio iniziale di approdare all'Ordine sia di farvi accedere, oltre ovviamente alle professioni sanitarie in possesso di collegio, le professioni sanitarie che sono già regolamentate da più di vent'anni. A seguire è corretto che la Camera ragioni sui diversi livelli di riconoscimento da dare alle arti, mestieri e professioni che chiedono di entrare in Sanità. Ma nel caso fosse reale l'intenzione di questa Istituzione di operare delle selezioni all'interno delle professioni sanitarie regolamentate ci chiediamo quali mai potrebbero essere i criteri di ammissione, ovvero quale i criteri scelti e plausibili per operare una discriminazione tra una professione sanitaria regolarmente riconosciuta ed un'altra all'interno della stessa Area di appartenenza.

PREMESSE

Il panorama attuale in ambito oftalmologico in Italia è dato:

- dal medico Oculista
- dall'Ortottista assistente in oftalmologia
- dall'arte ausiliaria di Ottico

Esiste una laurea in Ottica e Optometria della Facoltà di Fisica che non abilita alla professione di ottico e che ha obiettivi formativi nel settore commerciale e industriale.

ORTOTTISTA ASSISTENTE in OFTALMOLOGIA

L'Ortottista Assistente in Oftalmologia, da profilo professionale, tratta i disturbi motori e sensoriali della visione ed effettua le tecniche di semeiologia strumentale-oftalmologica. In una nota successiva all'emanazione del profilo, il Ministero della Salute (Prot. 900.6/PR.IIAG 100/3507) chiariva che "per quanto riguarda il rilievo concernente la mancata previsione tra le competenze dell'ortottista assistente in oftalmologia, della valutazione dei disturbi motori e sensoriali della visione e della prevenzione e riabilitazione dell'handicap visivo, si fa presente che, sul piano interpretativo, tali competenze sono comprese nell'ampia formulazione utilizzata nel comma 1 dell'art. 1³

La professione è nata nel 1955 con formazione da sempre solo universitaria. L'obiettivo formativo erano i problemi dei difetti di rifrazione, disturbi oculomotori e l'ambliopia. In sostanza rifrazione (*misurazione della vista*) e trattamento dello strabismo e delle sue complicanze. Nel 1977 la professione ha cambiato nome da Ortottisti a Ortottisti Assistenti in Oftalmologia a testimoniare un'attribuzione di nuove competenze. L'ampliamento delle competenze, di pari passo con le modifiche dell'ordinamento didattico, prevedeva l'esecuzione di tutta la diagnostica strumentale oftalmica e l'assistenza oftalmologica, competenze necessarie per fare fronte all'iniziale evoluzione tecnologica e informatica in oftalmologia.

La professione dell'Ortottista Assistente in Oftalmologia (di seguito solo Ortottista) inserita nell'area della riabilitazione per nascita e vocazione, ma di fatto trasversale a più aree (tecnica-diagnostica e assistenziale, riabilitativa, prevenzione, assistenziale) gode in Italia di un ampio profilo che la porta a operare in prevenzione (screening infantili, negli adulti, negli anziani) in riabilitazione⁴ (alterazioni della visione binoculare, ipovisione, alterazioni della percezione visiva ecc..) in diagnostica strumentale (tutta la diagnostica strumentale oftalmologica a partire dalla rifrazione) ed assistenza oftalmologica (portandola anche all'interno della sala operatoria di oculistica).

¹ il primo in ordine di tempo nel 2005 ultimo nel 2013

² http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=91&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto

³ "tratta i disturbi motori e sensoriali della visione ed effettua le tecniche di semeiologia strumentale oftalmologica".

⁴ Sentenza Ricorso TAR del Lazio/AIOraO c/Ministero della sanità 18.12.1997:l'operatore di riabilitazione visiva altro non è che una diversa definizione dell'Ortottista Assistente in Oftalmologia

Profilo DM 743/1994	DM 2973/2001
<p>È individuata la figura dell'Ortottista-assistente in oftalmologia, con il seguente profilo:</p> <p>1) l'Ortottista-assistente in oftalmologia è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e su prescrizione del medico, tratta i disturbi motori e sensoriali della visione ed effettua le tecniche di semeiologia strumentale-oftalmologica</p> <p>2) l'Ortottista –assistente in oftalmologia è responsabile dell'organizzazione e qualità degli atti professionali svolti nell'ambito delle proprie mansioni.</p> <p>3) l'Ortottista-assistente in oftalmologia svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale</p>	È inserito nelle professioni sanitarie riabilitative (art.3)

Presente in tutti i reparti di oculistica, richiesta in altri reparti (es. neurologia e, medicina fisica e riabilitativa...), l'Ortottista è da implementare nel territorio. Per razionalizzare i costi del Servizio Sanitario basterebbe che, nei servizi oftalmologici pubblici (territoriali, ospedalieri, privati accreditati, ecc...) ci fosse un rapporto minimo garantito tra medici oculisti/ortottisti, provvedendo quest'ultima figura a tutte quelle attività di sua competenza e liberando la figura del medico ad attività di maggiore ed esclusiva competenza. Si potrebbe ripensare alla rete tra strutture di primo, secondo livello e territorio prevedendo la presenza dell'ortottista non solo nelle strutture di secondo livello, dove è più diffusa, ma in tutti i nodi della rete:

-nei distretti di supporto alle visite oculistiche

-nei centri di erogazione di servizi

-nella medicina di comunità (a servizio dei pediatri di libera scelta e presso le aggregazioni di medici di medicina generale per screening, valutazioni ortottiche e strumentali di primo livello e telemedicina; a servizio della comunità per la riabilitazione dell'ipovisione a domicilio e valutazioni motilità oculare, follow-up, valutazione funzionalità visiva per pazienti con difficoltà di mobilità)⁵.

La stessa visita, limitata alla misurazione della vista (optometria), ovvero per prescrizione lenti, ove necessario abbattere le liste di attesa potrebbe essere formalmente affidata all'ortottista assistente di oftalmologia che già la esegue nella quotidianità dei reparti oculistici.

OTTICO

La professione di OTTICO è regolamentata dal R.D. 1334/1928. L'ottico è l'unico soggetto autorizzato a fornire qualsiasi mezzo ottico compensativo, correttivo, migliorativo e protettivo, su prescrizione del medico specialista oftalmologo; come per l'odontotecnico, in nessun caso svolge attività dirette alla somministrazione di farmaci, all'accertamento di malattie o all'esecuzione di terapie. Un diplomato in ottica che, citando il MIUR è colui che possiede queste competenze: *"L'ottico rappresenta una figura professionale capace di attività autonoma, responsabile della esecuzione e della fornitura degli "ausili ottici" (occhiali, lenti, lenti a contatto), soltanto su prescrizione del medico a meno che si tratti di occhiali protettivi o correttivi dei difetti semplici di miopia e presbiopia, esclusa l'ipermetropia, l'astigmatismo e l'afachia; è in grado di riconoscere difetti o vizi refrattivi dell'occhio; può fornire e riparare, anche senza prescrizione medica, lenti ed occhiali quando il committente presenti le lenti o le parti delle medesime di cui chiede il ricambio o la riparazione"* ed è oggi inquadrato come un'arte ausiliaria sanitaria⁶.

Comparazione tra profilo attribuito dallo Stato e profilo autodeterminato	
Profilo attribuito dallo Stato ⁷ 1334/1928	Profilo autodeterminato ⁸
Gli ottici possono confezionare, apprestare e vendere direttamente al pubblico occhiali e lenti, soltanto su prescrizione del medico, a meno che si tratti di occhiali protettivi o correttivi dei difetti semplici di miopia e presbiopia, esclusa l'ipermetropia, l'astigmatismo e l'afachia. È in ogni caso consentito ai suddetti esercenti di fornire direttamente al pubblico e riparare, anche senza prescrizione medica, lenti ed occhiali, quando la persona che ne dà la commissione presenti loro le lenti o le parti delle medesime di cui chiede il ricambio o la riparazione. È del pari consentito ai suddetti esercenti di ripetere la vendita al pubblico di lenti ed occhiali in base a precedenti prescrizioni mediche che siano conservate dall'esercente stesso, oppure esibite dall'acquirente.	"L'ottico optometrista è l'operatore sanitario che, in quanto esperto dell'ottica oftalmica, dell'ottica fisiologica, della fisica ottica, delle componenti fisiche e chimiche e delle applicazioni dei materiali e degli strumenti necessari a risolvere i problemi visivi, esegue con tecniche optometriche, metodi oggettivi e soggettivi, autonomia professionale e responsabilità (di risultato) l'esame delle deficienze visive. L'ottico optometrista <u>individua, previene, corregge e compensa i difetti visivi e le anomalie della visione</u> sia attraverso la <u>prescrizione</u> , la fornitura, l'adattamento di occhiali, lenti a contatto di ogni tipo e ausili per ipovedenti, sia mediante idonee procedure di educazione visiva, sia mediante tecniche strumentali".

⁵ Legge della regione Lombardia 83,5 agosto 2015 art.6 negli studi di MMG e PLS è favorita la presenza...di collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale...possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina o altre soluzioni tecnologiche avanzate e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali organizzative.

⁶ Come successivamente puntualizzato dal Ministero della Salute (DPS –VI/16AG/2327 del 21.06.00), l'esercente attività di ottico assume la qualificazione di fabbricante di dispositivi medici su misura e, pertanto, è soggetto anche alle disposizioni del D. Lgs. n. 46 del 24 febbraio 1997 per gli adempimenti relativi ai dispositivi medici prodotti e commercializzati

Figura non riconosciuta in Italia.

L'optometrista è presente nei paesi europei dove oculisti ed ortottisti scarseggiano e non è questa la situazione lavorativa italiana.

Nei Paesi dove esiste l'OPTOMETRISTA questo non esercita l'attività dell'ottico imprenditore. Le competenze dell'optometrista sono di "misurazione della vista effettuata a scopo terapeutico e correttivo" attività che oggi in Italia svolge il medico oculista e l'Ortottista/assistente in oftalmologia

In Italia sono presenti due sentenze (non sufficienti a fare giurisprudenza) riguardo l'optometrista:

Cass.n.27853/2001

...attività che non è regolata dalla legge, ed il cui esercizio, allo stato attuale della normativa, deve, proprio per questo ritenersi libero, lecito anche penalmente, per la semplice ragione che non sussiste nessuna norma positiva che lo vieti, a condizione che non venga invaso l'ambito strettamente curativo riservato al medico oculista

...l'attività dell'optometria consiste semplicemente nella misurazione della vista (anche attraverso strumenti più o meno sofisticati) e nella scelta, caso per caso quali, tra le tante variazioni possibili, siano - se esistenti - le lenti necessarie per la correzione di quel singolo difetto: è una attività dedicata non agli strumenti ottici, ma direttamente alla misurazione di quella lente naturale costituita dal cristallino dell'occhio."

Cons.St.5294/2004

La misurazione della vista (leggi optometria) non può essere confusa con l'attività dell'ottico più limitata.

L'attività dell'optometrista consiste nella misurazione della vista, nella scelta delle lenti per la correzione del singolo difetto, purché non sia attività medica e non ci siano manovre che possano provocare danni. Sono consentite attività di ginnastica oculare, misurazione della vista, approntare e vendere lenti per miopia, presbiopia, astigmatismo, ipermetropia e afachia.

L'optometrista non può fare diagnosi, curare, rilasciare ricette, compiere interventi sull'occhio e trattare vere e proprie malattie oculari e non semplici disfunzioni visive.

DISEGNO DI LEGGE C.3868

L'Associazione Italiana Ortottisti Assistenti di Oftalmologia (di seguito AIOrAO), unica associazione riconosciuta da decreto ministeriale rappresentativa per la professione di Ortottista riconosce al disegno di legge una grande importanza data la rilevanza e la portata degli argomenti che racchiude.

La nostra attenzione si sofferma sul riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie.

Riteniamo ottima la separazione nell'esercizio della funzione disciplinare, della funzione istruttoria da quella giudicante a garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e della terzietà del giudizio.

Riconosciamo nella stesura del testo della legge la cura nel sottolineare come l'ordine sia a servizio della comunità prima ancora di essere al servizio dei professionisti sanitari in quanto chiamato ad agire al fine di tutelare gli interessi pubblici. Questa funzione pubblicistica dell'ordine non riteniamo sia in contrasto con la tutela dei professionisti dato che questa si esprime soprattutto nel legittimare l'esercizio della professione, nel promuovere la qualità dell'esercizio professionale dal momento della formazione di base e lungo tutta la vita professionale sorvegliando e promuovendo azioni perché questo sia un diritto equo, accessibile e universale per tutti i professionisti sanitari e, attraverso la potestà disciplinare nei confronti dei propri iscritti, a ribadire il significato etico e civile dell'esercizio di una professione sanitaria.

Vi sono però nel progetto di legge due punti che rappresentano dei nodi attorno ai quali sentiamo ancora la necessità di dialogare:

Il primo riguarda la tutela delle varie professioni rappresentate dagli albi raccolti all'interno dell'ordine composito dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

La presente associazione è stata nel panorama italiano la più reticente ad aderire alle richieste di istituzione dell'Ordine per le professioni sanitarie ritenendo sufficiente e meno oneroso per i professionisti un pieno riconoscimento delle associazioni professionali rappresentative ed un sostegno delle stesse nella lotta all'abusivismo. Tuttavia vi è l'evidenza che la situazione attuale appare discriminatoria in quanto chiede alle associazioni rappresentative di essere parte attiva del governo clinico con i medesimi doveri⁷ ma non con gli stessi diritti di ordini e collegi. AIOrAO ha sempre auspicato che se si fosse giunti all'istituzione dell'Ordine come strumento per risolvere le criticità di tutela della salute del cittadino, lo si sarebbe fatto attraverso un Ordine per profilo.

⁷ *abilitazione all'esercizio della professione, individuazione del bisogno formativo annuale, certificazione della formazione ECM, ecc...*

Non si riteneva che la numerosità degli iscritti potesse rappresentare un problema data la presenza in Italia di Ordini che annoverano esigui numeri di professionisti, né che questo violasse i vincoli economici: l'aumento degli oneri dato dall'istituzione di un Ordine per profilo poteva compensarsi con una organizzazione regionale, interregionale od anche nazionale piuttosto che provinciale. Un Ordine composito non garantiva infatti ai nostri occhi una sufficiente protezione all'abusivismo interno tra le professioni sanitarie. Consci dell'estrema difficoltà di arrivare ad un Ordine per profilo, con senso di solidarietà con tutte le professioni sanitarie non ordinate che da sempre lottano per questo e di responsabilità, abbiamo appoggiato il DDL 1324 (art.3) quale unica possibilità individuata dal governo per equiparare tutte le professioni che operano per la salute della persona.

La sfida è ora progettare l'architettura dell'Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione affinché in caso di contenzioso tra professioni appartenenti allo stesso Ordine sia possibile garantire la tutela di un professionista numericamente meno rappresentato negli organi direttivi. Per le stesse ragioni va prestata parimenti attenzione alle linee d'indirizzo per la stesura del codice deontologico (Capo III Art. 7.), unico per tutti gli iscritti agli Albi, nel definire le aree condivise tra le diverse professioni, con particolare riferimento alle attività svolte da équipe multiprofessionali in cui le relative responsabilità devono essere chiaramente identificate ed eticamente fondate nel rispetto delle competenze di tutte le professioni coinvolte. Chiediamo sia garantita una pari dignità ed opportunità a tutte le professioni che accederanno all'Ordine ristrutturato dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Intento che peraltro già riconosciamo nello spirito della legge che cerca di tutelare l'autonomia dei singoli albi e speriamo sappia dare un peso vincolante sulle decisioni relative alla professione al rappresentate di Albo. È necessaria la consapevolezza che una grande attenzione deve essere posta nel pensare a soluzioni per la gestione di controversie all'interno degli ordini compositi⁸ ed anche all'esterno degli stessi nella gestione di conflitti tra ordini e soprattutto tra ordini che rappresentano professioni sanitarie afferenti al Comparto e Ordini che rappresentano professioni sanitarie afferenti alla dirigenza.⁹ Questa attenzione è tanto più necessaria ora rispetto a quando il percorso della legge è iniziato. La legge 42/99 che aboliva il mansionario ed istituiva i profili professionali ha costruito l'unità del lavoro attorno al profilo superando la mansione quale porzione del compito, e ci ha abituato, a considerare il perimetro di ogni professione invalicabile. Ci troviamo ora invece in un periodo storico in cui vi sono delle tendenze a scomporre nuovamente i profili, per ottenere la massima flessibilità nell'impiego delle professioni sanitarie nelle organizzazioni del lavoro a sua volta obbligate ad essere flessibili da esigenze di contenimento della spesa.¹⁰ La tendenza a redistribuire singoli atti tra una professione e l'altra rende più difficile difendere il perimetro circoscritto dal profilo professionale.

Il secondo nodo riguarda il riconoscimento di nuove professioni.

Apprendo questo capitolo non vorremmo essere fraintesi come retaggio di una cultura corporativistica, rivolta a salvaguardare solo gli interessi di categoria. Riteniamo che anche davanti alla complessità e dinamicità attuale del mondo professionale italiano e europeo vadano garantite la legittimità, la qualità ed il contenuto etico civile di attività professionali che si rivolgono ai bisogni primari ed essenziali delle persone.

In quest'ottica ed anche in quella di un uguale trattamento tra le professioni vorremo fossero intese le nostre parole.

Gli Ortottisti Assistenti di Oftalmologia hanno subito, in modo sempre più esponenziale negli ultimi anni, l'aumento di attività di dubbia liceità di professioni non sanitarie e non regolamentate in ambito oftalmologico che, mischiandosi ad un'arte ausiliaria in sanità (l'ottico) e pur avendo un percorso di studi che il Consiglio Universitario Nazionale (CUN) aveva esplicitamente sottolineato essere fuori dalle attività sanitarie (verbale seduta CUN del 19 febbraio 2002: richiesta di escludere competenze o riferimenti sanitari), compiono atti diagnostici e terapeutici di competenza dell'Ortottista Assistente di Oftalmologia senza averne la titolarità.

Riteniamo non vi sia la necessità di nuove professioni sanitarie in ambito oftalmologico. La professione dell'ortottista è in grado di rispondere a tutti i bisogni di salute della popolazione, non prettamente di diagnosi ed intervento medico offrendo garanzie dell'atto sanitario svolto per competenza ed assenza di conflitto di interesse.

Ma nel caso in cui il Ministero ravvedesse la necessità di una nuova professione si chiede una rigorosa sorveglianza delle competenze assegnate a nuovi profili. Non è sufficiente infatti chiamare vecchie competenze di altre professioni con nuovi nomi per dire che si fanno cose diverse. I limiti posti agli ambiti d'azione di una professione non sono solo le competenze mediche ma anche quelle delle altre professioni sanitarie già normate che non devono essere sottoposte a riduzione o sovrapposizione (art.5, L. 43/2006).

⁸ attività di riabilitazione visiva erogate da altre professioni dell'area della riabilitazione nonostante una sentenza del TAR riconosca l'ortottista come unico riabilitare visivo

⁹ come molte altre professioni sanitarie della riabilitazione ci troviamo ad es. di fronte a psicologi che sconfinano nelle competenze dell'ortottista in merito a valutazione e riabilitazione della funzione visiva.

¹⁰ la massima flessibilità dell'impiego si ottiene attraverso un gioco di demansionamento da una parte di qualcuno che costa di più e dall'altra di rimansionamento di qualcun altro che costa meno. Anche gli accordi positivi come quello sulle competenze avanzate prevedono però la "redistribuzione" di singoli atti o operazioni tra una professione e l'altra arrivando, se il caso, anche a figure esterne ai 22 profili (ricordiamo gli episodi delle badanti per l'Emilia Romagna o gli OSS per il Veneto).

Situazione attuale

Una qualsiasi altra nuova professione che voglia inserirsi in ambito oftalmologico (o l'eventuale evoluzione di un'arte ausiliaria) dovrà necessariamente confrontarsi con le attività proprie dell'oculista da una parte e con le competenze dell'ortottista dall'altra. Nella proposta di riconoscimento dell'ottico-optometrista quale professione sanitaria presentata dagli organi di rappresentanza della professione al Senato nell'ambito dell'iter del DDL 1324¹¹ ci si dimentica di rapportarsi con l'unica professione sanitaria non medica presente in ambito oftalmologico ma è evidente che nelle proposte attuali di riconoscimento della professione di ottico-optometrista vi è una chiara e sottaciuta sovrapposizione di competenze con l'Ortottista.

Allo stesso modo, l'Ortottista Assistente in Oftalmologia è assente in un altro dei nodi strategici a sostegno dell'attività degli optometristi ovvero la sentenza della Cassazione del 2001 (così pure del Consiglio di Stato 2005), nella quale i riferimenti per la liceità dell'attività dell'optometria sono costituiti, da una parte, dalla non sovrapposizione con l'attività dell'ottico e, dall'altra parte, dalla non incidenza sulle competenze dell'oculista: anche qui sconcertante assenza della professione di ortottista Assistente in Oftalmologia.

Nonostante queste sentenze (che comunque occupandosi di casi particolari che non inerivano il rapporto con la nostra professione) abbiano riconosciuto agli optometristi margini di operatività (per difetto), resta il fatto che le loro attività non possono sconfinare negli ambiti che il nostro ordinamento ha assegnato alle professioni sanitarie regolamentate.

L'unico titolo riconosciuto è quello di ottico, pertanto l'aggiunta di optometrista è un'autocertificazione che non ha, quindi, nessun effetto legale tantomeno di inclusione nell'area sanitaria.

L'ottico fa leva sulla sentenza della Cassazione penale (27853/2001) che stabilisce, in presenza di *vacatio legis*, che quella dell'optometrista è una attività libera e lecita anche penalmente proprio perché non normata, a condizione che non venga invaso l'ambito, strettamente curativo, riservato al medico oculista.

Dei 15.000 ottici, numeri presentati in quest'aula, tutti dichiarati ottico-optometristi con percorso di studi, e con il titolo autoreferenziale di optometrista, risultante tra i più vari per durata e programmi, la reale proporzione di ottici in possesso della laurea in ottica e optometria è irrisoria¹².

I corsi di laurea in ottica e optometria appartengono alla facoltà di Scienze Matematiche e Fisiche e non Medicina¹³; essi rispondono al progetto lauree scientifiche del MIUR per incrementare gli iscritti in materie scientifiche, hanno come obiettivi l'industria di ottica ed il marketing ma, soprattutto, devono attenersi al parere espresso dal Consiglio Universitario Nazionale al momento dell'istituzione del primo corso di laurea: "il CUN esprime al sig. Ministro il seguente parere: l'ordinamento del Corso di Laurea in Ottica e optometria è del tutto coerente con i dettami del DM 509 e del DM 4/8/2000, come da parere già espresso dal CUN in data 25/7/2001; l'Università di Milano "Bicocca" è invitata a espungere dalla definizione degli sbocchi professionali del Corso di studi, presente nell'ordinamento, le parole "aziende sanitarie", in quanto possono causare fraintendimenti negli studenti e dare adito ad ambiguità con l'attività svolta dal personale delle Aziende sanitarie pubbliche, attività cui danno abilitazione solo le specifiche lauree delle Professioni sanitarie a numero programmato come concertato dai Ministeri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca; l'Università di Milano "Bicocca" è invitata ad evitare richiami ad attività professionali presso strutture sanitarie, che possano dare adito a fraintendimenti negli studenti, anche negli altri documenti di presentazione del Corso di Laurea". Ebbene, è evidente che il contenuto del parere del CUN relativamente ai corsi di laurea in ottica e optometria, venga di fatto disatteso nel momento in cui gli studenti vengono indirizzati a fare tirocinio nelle strutture sanitarie, si svolgono all'interno di "laboratori di optometria"¹⁴ le tecniche di diagnostica strumentale oftalmica nonché le manovre semeio-

¹¹ "l'ottico optometrista svolge un'attività di natura sanitaria ben distinta da quella svolta dal medico specialista in oftalmologia, pur collaborando con essa e con le professioni di altre aree sanitarie".

¹² 3% (nell'anno accademico 2013/2014 189 laureati complessivi nelle 7 sedi, nel 2014/2015 laureati complessivi 50 dati dichiarati dalle università per il sito di universitaly-MIUR)

¹³ Il numero di cfu del settore matematico, fisico e chimico ammonta a 69 (44%), mentre quello dell'area ottica / optometrica / contattologica è pari a 63 (40%). 21 cfu (12%) di materie di BioMedicina

¹⁴ <http://www.mater.unimib.it/it/didattica/ottica-e-optometria/laurea-triennale/offerta-didattica/allegati/a-a-2015-2016/optometria-avanzata-con-laboratorio/view?searchterm=optometria+avanzata+laboratorio>

OPTOMETRIA AVANZATA CON LABORATORIO – 8 cfu-I sem

Titolare dell'insegnamento: docente da assegnare. Programma dell'insegnamento: Valutazione del segmento Posteriore: fisiologia e metodi d'indagine. Visione binoculare Pediatrica: evoluzione e caratteristiche anatomico-percettive. Anomalie binoculari strabismiche: classificazione e metodo d'indagine per · Esodeviazioni – Infantile, Accomodativa, Acuta ed Acquisita · Exodeviazioni – Sensoriale e Secondaria · Strabismi verticali – DVD e Disfunzione degli Obliqui. Sindromi: Alfabetiche e Duane. Nistagmo: congenito, latente e sensoriale. Ambliopia: Classificazione, metodo d'indagine e modalità di trattamento attraverso Training e tecniche di occlusione. Prismi Gemellati: Modalità d'azione sul sistema percettivo e di prescrizione. Training Visivo: Approcci filosofici e modalità di trattamento. Procedure Oculomotorie. Procedure Accomodative. Procedure Fusionali. Principi ed effetti dei principali farmaci oculari (cenni). Ipovisione: modalità d'indagine visiva e principi prescrittivi e di compensazione. Laboratorio:

Test di Amsler. Test di Hirschberg. Test di Bruckner. Test di Krimsky. Cover Test in 9 posizioni di sguardo. Test a 3 step di Park. Procedure Oculomotorie di Visual Training – Fissazioni con tabelle. Procedure Accomodative di Visual Training – Flessibilità accomodativa in spazio libero e con lenti. Procedure Fusionali di Visual Training – Corda di Brock, Vettogrammi. Metodologia d'esame in lampada a fessura del segmento posteriore. Tonometria. Oftalmoscopia diretta. Test

logiche ed i trattamenti propri della professione di ortottista, vengono assegnate tesi agli studenti su temi di competenza della professione di ortottista. Dunque, i primi a rischiare un'errata percezione delle competenze realmente permesse ai laureati in ottica e optometria sono proprio gli studenti. Sottoporre il cittadino a valutazioni di pertinenza di altre professioni, semplicemente chiamando queste valutazioni con altro nome, non ne rende di per sé lecito l'esercizio, né sono sufficienti, le poche sentenze citate riguardanti, peraltro, casi del tutto peculiari e non di portata generale, per pensare di avere modificato la legislazione.

Ciò nonostante queste sentenze vengono quotidianamente interpretate come attestazione di liceità all'esercizio di valutazioni e trattamenti che di frequente si sovrappongono all'attività di Ortottista Assistente in Oftalmologia. L'attività non regolamentata della figura dell'optometrista si è evoluta in autonomia per loro stessa dichiarazione. Questo può essere un vanto in un ambito imprenditoriale, ma non lo può essere in ambito sanitario, in cui l'evoluzione di una professione sanitaria non può svolgersi fuori dell'egida del Ministero della Salute in concerto con il Ministero dell'Istruzione; come rappresentanti di una professione che si è rapportata con le istituzioni di riferimento per ogni cambiamento richiesto alla stessa dalle mutazioni socio-demografiche e scientifiche non possiamo che sentirci a disagio di fronte a questo.

L'Associazione che rappresentiamo si è trovata a combattere l'erosione delle proprie competenze da parte di professioni non sanitarie, in assenza di una chiara presa di posizione delle Istituzioni e degli Organi di vigilanza e di tutela del bene comune.

Dall'audizione del 2014 in Senato sul DDL 1324 ad oggi al di là di tutte le situazioni in cui gli optometristi hanno operato per screening delle anomalie e patologie visive anche in età pediatrica e per trattamenti riabilitativi, abbiamo bloccato presso la regione Lombardia progetti di telemedicina affidata agli ottici, ambulatori di optometria pediatrica presso dipartimenti di pediatria in una struttura ospedaliera accreditata, l'affidamento di prestazioni di sorveglianza dei videoterminalisti nell'ambito della medicina del lavoro affidate agli optometristi, il proporsi dei centri ottici come presidi sanitari di primo livello nella regione Trentino-Alto Adige fino alla recente intenzione dell'Assessore alla Sanità della regione Toscana di affidare agli optometristi alcune parti del processo di diagnosi e valutazione dei pazienti per abbattere le liste di attesa, (articolo apparso sulla Nazione che non ha avuto alcuna smentita dall'assessorato alla salute). La normativa sulle professioni sanitarie è di competenza dello Stato centrale e pertanto il governo regionale non può promuovere a professione sanitaria un'arte ausiliaria né riconoscere come sanitaria una professione che non lo è (e al momento non è nemmeno riconosciuta dallo Stato Italiano) ma soprattutto non è ammissibile che qualora si rilevino difficoltà di accesso ai servizi del SSN da parte dei cittadini per liste di attesa lunghe od eccesso di burocrazia, la soluzione sia quella di dirottare gli utenti verso esercizi commerciali dove potrebbero accentuarsi profili di "consumismo" relativamente all'erogazione di prestazioni sanitarie laddove, invece, l'obiettivo primario di ogni professionista sanitario deve restare quello di garantire l'appropriatezza della prestazione stessa.

L'episodio rende però evidente che una regolamentazione della materia non possa più essere rimandata. Ma anche che la complessità del problema non può essere risolta da un articolo che riconosca la professione di optometrista all'interno del DDL o promuova a professione sanitaria l'arte ausiliaria di ottico sedicente optometrista perché questo non risolverebbe ma accrescerebbe solo le problematiche. Legiferare su una figura che, volendo rinnovarsi, chiede di diventare sanitaria ma rimanendo svincolata dalla prescrizione medica; che rivendica la potestà prescrittiva dello stesso dispositivo per il quale detiene un esercizio commerciale (chiaro caso di conflitto di interesse legalizzato) richiede estrema cautela.

Si inneggia alla libera competizione, ma la libera competizione è possibile quando vi sono pari opportunità e soprattutto, quando è garantita la tutela del "mercato" di riferimento, che in questo caso è un bene costituzionalmente garantito, ovvero la salute degli individui. Non vi sono pari opportunità se da una parte abbiamo le professioni sanitarie non dirigenziali vincolate alla prescrizione del medico e dall'altra si permette l'accesso diretto del paziente perché chiunque può aprire la porta di un centro ottico ed accedere agli esami e trattamenti. Da una parte ci troviamo ancora a discutere se è lecito che un professionista sanitario non dell'area dirigenziale possa aprire uno studio in autonomia e dall'altra si parla di accreditare i negozi di ottica come presidi sanitari di primo livello.

Da una parte parliamo di appropriatezza delle prescrizioni, proponiamo come modelli il disinvestimento, la choosing wisely la slow medicine e dall'altra favoriamo l'utilizzo consumistico delle prestazioni sanitarie.

Ci si chiede cosa deve fare una professione per ritenersi sanitaria, forse è necessario chiedersi non solo cosa fa ma come lo si fa e dove lo si fa.

Riflessioni conclusive ed auspici

per la valutazione della fissazione monoculare e della corrispondenza retinica. Tecniche di post immagini. Spazzole di Haidinger. Lenti striate di Bagolini. Valutazione delle ciclorsioni. Filtri a densità neutra. Test di adattamento prismatico. Test delle 4 D Base Esterna.

Auspichiamo una maggiore conoscenza della nostra professione, perché se così fosse già non ci troveremmo a discutere di nuove figure.

L'ottico è un'arte ausiliaria. E non può che essere considerata tale in relazione ad un'attività esercitata in modo artigianale ed organizzata in forma di impresa. Può essere mai considerata lecita la possibilità che un ottico, svolgendo un'attività imprenditoriale, nell'ammissibile ipotesi di rinnovamento rispetto al RD del 1928, chieda di diventare professione sanitaria potendo fornire il dispositivo medico (occhiali e lenti a contatto) in totale autonomia?

Negli anni l'ottico per trovare sostegno della richiesta di riordino dell'attività così come prevista dal datato RD ha piano piano introdotto la figura dell'OPTOMETRISTA, mutuandola da altri Paesi e facendo sì che risultasse oggi in Italia una attività coincidente con la loro modificando il nome di ottico in ottico-optometrista.

L'optometrista non può e non deve essere confuso con l'ottico.

Comprendiamo la legittima richiesta di aggiornamento della figura di ottico, temiamo però in questa opportunità la volontà di espandersi nel campo delle nostre competenze per questo riteniamo che riconoscere anche solo il termine di optometrista possa solo generare confusione, come già spesso accade, con la professione di Ortottista.

La posizione della Associazione è quindi di apertura riguardo l'aggiornamento dell'arte ausiliaria di ottico, ma contraria al suo riconoscimento come professione sanitaria fintantoché rimangono la criticità di commistione con l'attività commerciale imprenditoriale.

Non rileviamo la necessità della figura di optometrista in Italia dove gli oculisti sono numerosi e dove l'Ortottista gode in un ampio profilo.

Riconoscere una nuova figura, quella dell'optometrista, che si sovrappone di fatto a quella dell'Ortottista equivale a dire che finora lo Stato ha sbagliato il calcolo del fabbisogno formativo abilitando un numero insufficiente di ortottisti.

Chiediamo chiarezza da parte delle Istituzioni e cautela nel maneggiare una materia complessa.

Chiediamo che nessuna decisione sia presa senza la necessaria discussione tra tutti i portatori d'interesse

Vi ringraziamo per l'opportunità di incontro offertaci e per il tempo di ascolto che ci avete concesso.

Auguriamo al Presidente e a tutta la Commissione una buona continuazione dei lavori.

Distinti saluti per il Direttivo Nazionale AIORAO

Dott. Mag. Dilva Drago
Presidente Nazionale AIORAO

Presenti all'audizione:
Dott. Dilva Drago Dott. Marco Montes
Presidente Nazionale AIORAO Vicepresidente Nazionale AIORAO

Allegato A

Le professioni sanitarie e le arti ausiliarie riconosciute dal Ministero della salute sono le seguenti:

PROFESSIONI SANITARIE

Professione	Principali rif. normativi
Farmacista	D. Lgs. 08.08.1991, n. 258 (G.U. 16.08.1991, n. 191)
Medico chirurgo	D. Lgs. 17.08.1999, n. 368 (G.U. 23.10.1999, n. 250, S.O.)
Odontoiata	L. 24.07.1985, n. 409 (G.U. 13.08.1985, n. 190, S.O.)
Veterinario	L. 08.11.1984, n. 750 (G.U. 10.11.1984, n. 310)
Psicologo	L. 18.02.1989, n. 56 (G.U. 24.02.1989, n. 46)
Altri riferimenti normativi: T.U. delle leggi sanitarie del 1934; D.M. 28.11.2000, Determinazione delle classi delle lauree universitarie specialistiche, pubblicato nella G. U. 23.01.2001 n.18, S.O. Direttiva comunitaria 2005/36 del 07.09.2005 D.L.vo 09.11.2007 n. 206	

Professione	Rif. normativo Profilo
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA	
Infermiere	D.M. 14.09.1994, n. 739 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 77/452/CEE e 77/453/CEE L. 18.12.1980, n. 905 (G.U. 31.12.1980, n. 356)
Ostetrica /o	D.M. 14.09.1994, n. 740 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 80/154/CEE e 80/155/CEE L. 13.06.1985, n. 296 (G.U. 22.06.1985, n. 146)
Infermiere Pediatrico	D.M. 17.01.1997, n. 70 (G.U. 27.03.1997, n. 72)
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	
Podologo	D.M. 14.09.1994, n. 666 (G.U. 03.12.1994, n. 283)

Fisioterapista	D.M. 14.09.1994, n. 741 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Logopedista	D.M. 14.09.1994, n. 742 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Ortottista – Assistente di Oftalmologia	D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	D.M. 17.01.1997, n. 56 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	D.M. 29.03.2001, n.182 (G.U. 19.05.2001, n.115)
Terapista Occupazionale	D.M. 17.01.1997, n. 136 (G.U. 25.05.1997, n. 119)
Educatore Professionale	D.M. 08.10.1998, n.520 (G.U. 28.04.1999, N. 98)

PROFESSIONI TECNICO SANITARIE

Area Tecnico - diagnostica

Tecnico Audiometrista	D.M. 14.09.1994, n. 667 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	D.M. 14.09.1994, n. 745 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	D.M. 14.09.1994, n. 746 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Tecnico di Neurofisiopatologia	D.M. 15.03.1995, n. 183 (G.U. 20.05.1995, n. 116)

Area Tecnico – assistenziale

Tecnico Ortopedico	D.M. 14.09.1994, n. 665 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico Audioprotesista	D.M. 14.09.1994, n. 668 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare	D.M. 27.07.1998, n. 316 (G.U. 01.09.1998, n. 203)
Igienista Dentale	D.M. 15.03.1999, n. 137 (G.U. 18.05.1999, n. 114)
Dietista	D.M. 14.09.1994, n. 744 (G.U. 09.01.1995, n. 6)

PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE

Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	D.M. 17.01.1997, n. 58 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Assistente Sanitario	D.M. 17.01.1997, n. 69 (G.U. 27.03.1997, n. 72)

Altri riferimenti normativi:

- D. Lgs. 02.05.1994, n. 319; D. Lgs. 27.01.1992, n. 115; Art. 6, comma 3, D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni; L. 10.08.2000, n. 251; L. 26.02.1999, n. 42; L. 08.01.2002, n.1; D.M. 29.03.2001, Definizione delle figure professionali, ecc., pubblicato nella G. U. 23.05.2001, n. 118; D.M. 02.04.2001, Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato sul S. O. n.136, G.U. 05.06.2001, n.128. Direttive comunitarie 89/48 CEE, 92/51/CEE e 2001/19/CE

OPERATORE DI INTERESSE SANITARIO

Profilo professionale	Riferimenti normativi
Massofisioterapista	Legge 403/71 Art.1 c.2 Legge 1 febbraio 2006 n. 43

ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

ARTE AUSILIARIA	Riferimenti normativi
Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 1.
Ottico	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 12.
Odontotecnico	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 11.
Puericultrice	L. 19 luglio 1940, n. 1098

Altri riferimenti normativi:

- D.M 28.10.1992, pubblicato nella G.U. 11.11.1992, n. 266;
- D.M 23.04.1992, pubblicato nella G.U. 18.06.1992, n. 142.

ALTRE FIGURE

	Riferimenti normativi
Operatore socio-sanitario	Acc. Stato – Regioni 22.02.2001 G.U. 19.04.2001, n. 91