IAPB ITALIA
VISTA IN SALUTE
REPORT 2019-22

Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità
IAPB Italia onlus

IAPB ITALIA ONLUS
PER AMORE DELLA VISTA

IAPB ITALIA

VISTA IN SALUTE

REPORT 2019-22

Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità
IAPB Italia onlus

Un sentito ringraziamento a quanti hanno partecipato all'iniziativa: Direttori di Clinica oculistica e di Unità Operative Complesse di Oftalmologia, agli Oftalmologi e Ortottisti assistenti di Oftalmologia che hanno prestato la loro opera visitando migliaia di persone; alle Regioni e ai Comuni interessati; ai Consigli Regionali e alle Strutture Territoriali e tutti i volontari dell'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti ETS.

Pubblicazione del mese di Ottobre 2023. Un particolare ringraziamento agli enti patrocinatori del progetto: Ministero della Salute, Conferenza Stato-Regioni, Istituto Superiore di Sanità, Società Oftalmologica Italiana, Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)

Gli autori e IAPB Italia onlus declinano ogni responsabilità per eventuali errori contenuti nel testo.

AUTORI DEL REPORT

Filippo Cruciani *Oculista, Referente Scientifico Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - IAPB Italia*

Valeria Iannucci *Medico Chirurgo Specialista in Oftalmologia, dottoranda in Biotecnologie Innovative nelle Patologie degli Organi di Senso Sapienza Università di Roma*

Giuseppe La Torre *Professore di Medicina del Lavoro Sapienza Università di Roma*

Tiziano Melchiorre *Segretario Generale Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - IAPB Italia*

IAPB Italia Onlus
Agenzia Internazionale
per la Prevenzione della Cecità
Sezione italiana
Via U. Biancamano, 25 - 00185 Roma

IAPB ITALIA ONLUS
PER AMORE DELLA VISTA

INDICE
REPORT 2019-22

CAPITOLO PRIMO **LA SALUTE VISIVA** 9

CAPITOLO SECONDO **CAMPAGNA DI PREVENZIONE MALATTIE OTTICO RETINICHE - VISTA IN SALUTE** 15

CAPITOLO TERZO **METODOLOGIA** 21

CAPITOLO QUARTO **RISULTATI** 25

CAPITOLO QUINTO **CONSIDERAZIONI** 31

CAPITOLO SESTO **CONCLUSIONI** 37

Il Parlamento italiano con la legge di bilancio per il 2019 ha voluto porre una particolare attenzione alla salute visiva disponendo "in considerazione dell'accresciuta aspettativa di vita della popolazione e delle conseguenti ed ingravescenti patologie della retina, al fine di ridurre significativamente i tempi delle diagnosi e i danni visivi e sociali ed il gravame assistenziale, il Ministero della salute affida alla sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecita' (IAPB) la gestione di un progetto di screening straordinario mobile che solleciti l'attenzione alle problematiche delle minorazioni visive, con particolare riferimento alle patologie retiniche".

Sulla base di tale mandato istituzionale IAPB Italia ha ideato e realizzato una campagna di screening delle malattie ottico retiniche, particolarmente insidiose per la salute visiva della popolazione, che trovano nella disinformazione e nella mancata prevenzione le basi della loro grande diffusione. La campagna denominata Vista in Salute, ha consentito, nonostante il forzato blocco pandemico nel 2020 e le successive limitazioni, in tre anni di attività, a quasi 9.000 persone, di 54 città, di tutte le regioni italiane, di ricevere uno screening gratuito del glaucoma, retinopatia diabetica e maculopatie. Ma ancor più numerosa è la popolazione, che grazie alla campagna è venuta a contatto con l'informazione, partecipe di un più ampio processo di alfabetizzazione sanitaria, presupposto insostituibile per porre in atto comportamenti di profilassi secondaria. A questo obiettivo primario, si è voluto associare il coinvolgimento delle istituzioni locali, in primis quelle investite di responsabilità in ambito sanitario, per promuovere l'utilizzo di modelli di screening basati sulla tecnologia, come tratto stabile della filiera delle cure oftalmiche. Uno straordinario sforzo di networking che ha visto la messa in rete di Università, Ospedali, Assessorati Regionali alla Sanità, Comuni, Agenzie Sanitarie e Società Civile, per stimolare la necessità di priorizzare la salute visiva nell'agenda sanitaria locale, attraverso politiche lungimiranti, incentrate su modelli innovativi basati sulla prevenzione.

Possiamo affermare che il primo obiettivo della sensibilizzazione sia stato raggiunto, testimoniato non solo dell'ampia diffusione mediatica tracciata a livello locale, ma soprattutto dalla grande affluenza di popolazione, a cui in diversi casi non è stato possibile consentire lo screening. Un bisogno di salute fortemente espresso dalle persone, che attraverso le loro testimonianze, ci ha permesso di toccare con mano la sofferenza e a tratti la frustrazione conseguente alla difficoltà di accedere ai servizi oftalmici pubblici, accompagnato dal timore di vedere pregiudicato il più importante organo di senso, presupposto insostituibile di autonomia e indipendenza. Tuttavia, l'esperienza ci ha insegnato che la prevenzione primaria, ossia l'educazione sanitaria, è un processo lento, di natura culturale, che richiede costanti e ripetuti interventi affinché si sedimenti nella coscienza socio-sanitaria della popolazione. Dall'altro siamo ben consapevoli che senza un'adeguata offerta di servizi oftalmici, accessibili in tempi brevi, con percorsi di diagnosi precoce e cura, gli interventi di educazione sanitaria ne escono fortemente indeboliti. Per questo si voluto agire sul secondo obiettivo, rivolto alle istituzioni sanitarie locali, consci di essere solo all'inizio di un processo virtuoso, che vedrà nei prossimi anni l'adozione di azioni mirate a portare sui tavoli dei decisori locali, esempi di buone pratiche nell'uso di modelli di screening per la diagnosi precoce.

Ciò che si spinge a continuare nella battaglia contro la cecità evitabile non è solo frutto di responsabilità istituzionale conseguente al compimento del mandato associativo della nostra Agenzia, ma è un impegno personale, una passione incontenibile, perché testimoni, nostro malgrado, che la vista è un bene prezioso da tutelare sempre, un patrimonio unico e inestimabile, di cui prendersi cura in tutte le fasi della vita.

Mario Barbuto
Presidente IAPB Italia Onlus

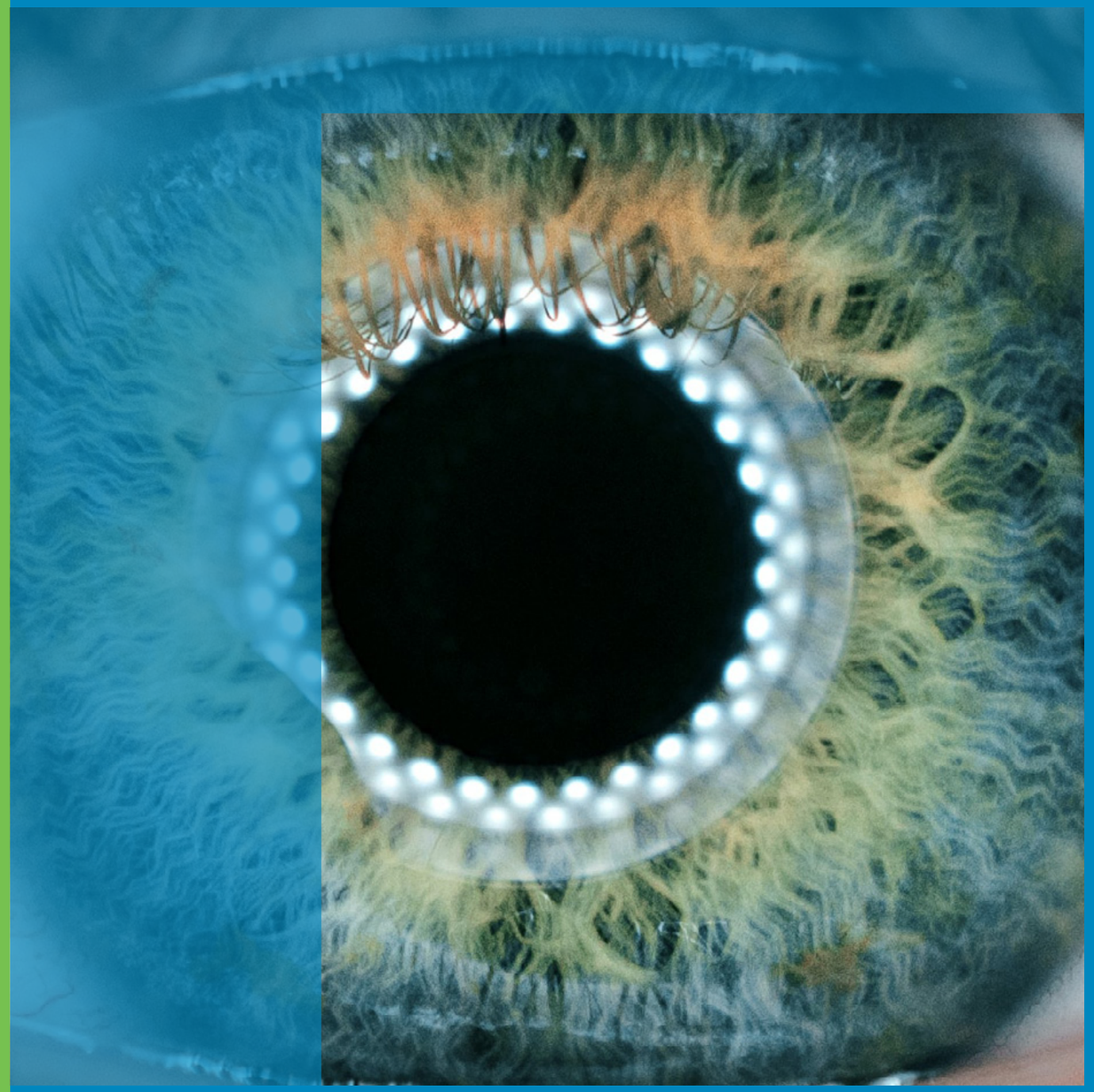
"Vista in Salute" non è nato come un progetto esaustivo e capace di rispondere ad una domanda crescente di tutela sanitarie anche in oculistica.
È piuttosto un "pilota" sperimentale che, grazie al sostegno del Ministero della Salute, ha consentito una misura sul campo delle criticità, delle opportunità e delle eccellenze.
Le criticità sono quelle più volte segnalate anche dai dati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s): liste di attesa insopportabili che rendono esplosiva la sottovalutazione di ogni singolo paziente rispetto alla propria condizione di salute. Talvolta l'attesa è così lunga da rendere drammaticamente inutile lo stesso consulto specialistico.
Le opportunità sono rappresentate dalla risposta, se si vuole in modo "garibaldino ed estemporaneo", ad istanze di salute che, viceversa, sarebbero rimaste inevase: centinaia di donne e giovani, anziani ed adulti si sono prenotati e presentati ai nostri ambulatori mobili (su mega truck accoglienti e moderni) quasi increduli.
Le eccellenze sono rappresentate dalla straordinaria tradizione oftalmologica del nostro Paese: ovunque colleghi liberi professionisti, ospedalieri od accademici tutti pronti, con competenza e dedizione, ad affrontare casi complessi e semplici difetti di refrazione.
È stato un successo non solo per i numeri importanti di visite e di patologie disvelate, ma perché, semmai ve ne fosse bisogno, è emersa una necessità assoluta di implementare le attività a tutela della vista, magari provando a scrivere a più mani (scienza medica e politica senza vessilli) un "manifesto nazionale per la salute degli occhi": una sorta di impegno ad avere sempre meno ciechi ed ipovedenti, cure tempestive ed all'avanguardia al nord come al sud.

L'Italia, grazie alla competenza dei suoi specialisti, può diventare davvero campione mondiale della tutela della vista.
I numeri impietosi ci suggeriscono che circa un quarto dei cittadini che si sono sottoposti a visita senza una sintomatologia evidente e senza la percezione di un problema sono affetti da patologie gravi, capaci di indurre cecità od ipovisione.
Non sto qui a ricordare come l'aumento delle aspettative di vita offre ai decisori politici interrogativi inquietanti: come sarà possibile nei prossimi anni garantire uno standard adeguato di assistenza e di sussidi sociali ad una crescente popolazione anziana?
La risposta è semplice, ma necessita di scelte tempestive e coraggiose: investire di più in prevenzione per tutelare la vista, migliorare la qualità della vita dei pazienti e garantire accettabili (anche per il bilancio dello Stato) forme di previdenza ed assistenza sociale.
È tutto qui il contributo che ci si era prefissi ed é per questo che la missione che il Parlamento ha affidato ad Iapb Italia rappresenta un successo (ripetibile!) anche nelle modalità organizzative con mega strutture mobili dedicati che hanno animato le piazze di tutta Italia raccogliendo sorrisi ed apprezzamento, fornendo informazione e cultura della prevenzione, mettendo al centro il cittadino e la salute dei suoi occhi!
Rivediamoci presto…

On. Paolo Russo
oculista e componente direzione nazionale
IAPB Italia

CAPITOLO PRIMO

LA SALUTE VISIVA

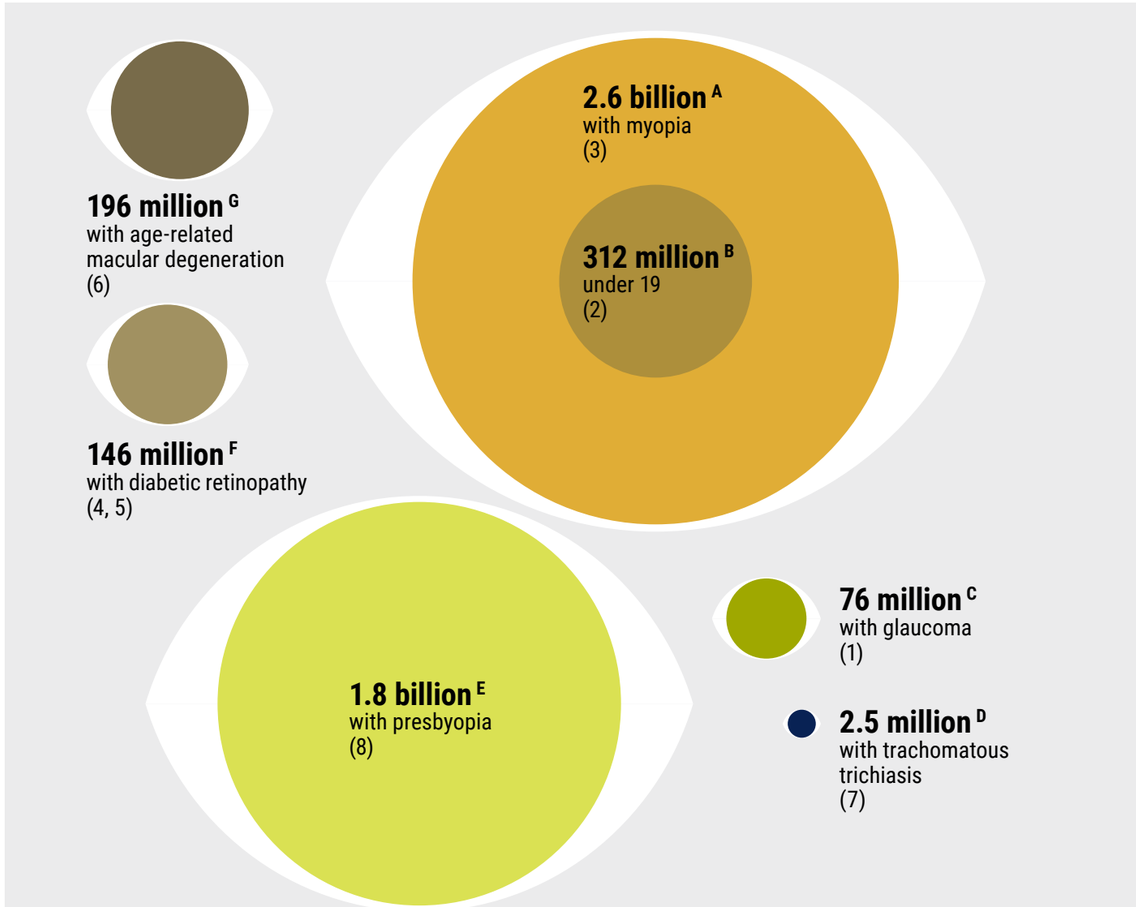


LA SALUTE VISIVA

La centralità della visione nella vita dell'uomo è ribadita costantemente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la sua salvaguardia deve essere un obiettivo costante non solo del singolo individuo, ma della società intera. Da sempre, tutta la costruzione della civiltà umana si è basata sulla capacità di vedere; ma nella società contemporanea la visione ha acquistato ulteriore importanza, da quando, cioè, il lavoro e il tempo libero sono diventati appannaggio dell'occhio, l'educazione e la formazione si sono estese a tutti e la luce artificiale ha cancellato la notte.
Recentemente anche le Nazioni Unite (NU) hanno sottolineato il valore fondamentale della visione con la risoluzione intitolata "Vision for everyone", adottata all'unanimità, nel giugno 2021, da tutti i Paesi membri, tra i quali l'Italia. È stato così solennemente affermato che la vista è un diritto fondamentale di ogni uomo. Tutte le Nazioni sono invitate e spronate a fare ogni sforzo per garantire a tutta la popolazione l'accesso completo ai servizi sanitari oftalmici.
Ma ancora più importante è stato *l'inserimento della salute oculare tra i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile,* considerata indissociabile dalla loro realizzazione.
L'appello delle Nazioni Unite è rivolto non solo ai Servizi sanitari degli Stati membri, ma anche alle varie istituzioni e ai partenariati mondiali.

Nel suo ultimo rapporto (Word Vision Report 19) l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fornisce un quadro della condizione della salute oculare a livello mondiale. I dati presentati sono drammatici: almeno 2,2 miliardi di persone presentano una perdita importante della funzione visiva (vision impairment) nel mondo. Le principali malattie responsabili sono *(Fig. n.1)*:

1. DMLE (Degenerazione maculare legata all'età): **196 milioni di persone.**
2. RETINOPATIA DIABETICA: **146 milioni di persone.**
3. GLAUCOMA: **76 milioni di persone**
4. TRACOMA: **2,5 milioni di persone**
5. MIOPIA semplice ed elevata: **2,6 miliardi di persone**
   - **312 milioni: ragazzi di età inferiore a 19 anni, dato riferito al 2015**
   - **399 milioni: i casi di miopia degenerativa**
6. PRESBIOPIA: **1 miliardo 800 milioni di persone.**



A 2.6 billon (uncertainty interval, 1.97-3.43) people of all ages with myopia in 2020

B 312 million (95% CrI, 265 million to 369 million) aged under 19 years with myopia in 2015

C 76 million (95% credible intervals (CrI), 51.9-111.7) people (40 to 80 years of age) with glaucoma in 2020

D 2.5 million people of all ages with trachomatous trichiasis in 2019

E 1.8 billion (confidence interval [CI], 1.7-2.0) people of all ages with presbyopia in 2015

F 146 million adults with diabetic retinopathy was calculated by applying the global prevalence of any diabetic retinopathy (34.6%) reported by Yau et al. [2012] to the estimated global number of adults aged over 18 years of age with diabetes in 2014 (422 million) that was reported in the WHO Global Report on Diabetes. 2016.

G 195.6 million (95% CrI 140-261) people aged 30 to 97 years with age-related macular degeneration in 2020

Figura n. 1 (Da OMS : Word Vision Report 19): stime della prevalenza delle malattie oculari più diffuse e più invalidanti

Sono cifre impressionanti che rivelano il dramma delle menomazioni visive a livello globale. Ma, oltre all'alta prevalenza, ciò su cui il report pone soprattutto l'accento è che un miliardo delle persone con menomazione visiva presenta patologie che potrebbero essere prevenute e curate. Questo elevato numero comprende soggetti di tutte le età e con distribuzione spaziale variabile. Sono persone in una condizione di deficit visivo grave, fino alla cecità. Di seguito sono elencate e quantificate le cause globali ipovisione e cecità che possono essere prevenute e/o curate *(Fig. n 2):*

1. VIZI REFRATTIVI NON CORRETTI: **123,7 milioni di persone**
2. CATARATTA: **65,2 milioni di persone**
3. GLAUCOMA: **6,9 milioni di persone**
4. OPACITÀ CORNEALI: **4,2 milioni di persone**
5. RETINOPATIA DIABETICA: **3 milioni di persone**
6. TRACOMA: **2 milioni di persone**
7. PRESBIOPIA: **826 milioni di persone**
8. CAUSE SCONOSCIUTE: **181,5 milioni di persone**

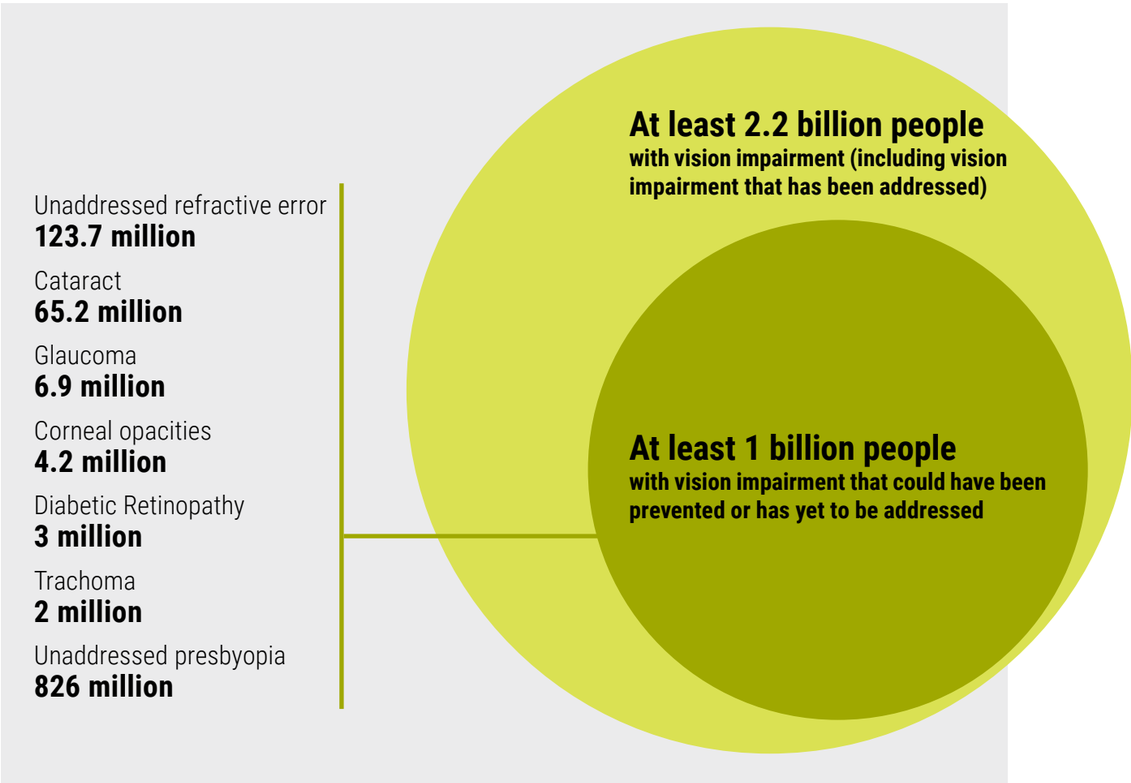


Figura n. 2 (Da OMS: Word Vision Report 19): Persone con menomazione visiva e patologie prevenibili e curabili)

È chiaro che *i vizi di refrazione e la presbiopia*, causa di disabilità visiva quando risultano non corretti per impossibilità ad accedere ai servizi oculistici o ad acquistare gli occhiali, rappresentano una condizione facilmente eliminabile ed estremamente marginale nei paesi ad alto reddito come l'Italia.

Così pure il *tracoma e, in genere, le malattie infettive oculari*, una volta tra le principali cause di cecità ad ogni età, oggi sono quasi del tutto scomparse nel nostro Paese; in particolare non esiste più traccia del tracoma, mentre sono ancora endemiche in alcune regioni povere, dove esistono condizioni di siccità, di scarsa igiene e impossibilità di accesso alle terapie.

Invece sono *le malattie oculari degenerative, per lo più legate all'invecchiamento* le forme che allo stato attuale presentano una prevalenza ed un'incidenza impressionanti e sono oggi le prime cause di cecità ed ipovisione specialmente nei paesi ad alto reddito. Le principali sono:

1. **Cataratta:** da sempre prima causa di cecità, colpisce prevalentemente gli anziani. Oggi grazie alle attuali tecniche chirurgiche è possibile la risoluzione piena e definitiva del problema. L'intervento ha raggiunto un tale livello di efficacia e sicurezza che oggi è il più eseguito al mondo; nei paesi ad alto reddito ne vengono fatti annualmente oltre 8.000 per milione di persone. In Italia sono trattate circa 600.000 cataratte all'anno. Il problema resta in tutta la sua gravità nei Paesi più poveri.

2. **Degenerazione maculare legata all'età (DMLE):** come dice la definizione stessa, è anch'essa una patologia dell'età avanzata. Compare nella fascia di età 45-60 anni con percentuali del 4-6%, per aumentare progressivamente sino a raggiungere percentuali oltre il 25% oltre gli ottant'anni. Ne esistono principalmente due forme:
   • secca o atrofica
   • umida o neovascolare.
   La prima allo stato attuale risulta pressoché incurabile e porta - sia pure lentamente - a gravi deficit della visione centrale. La seconda invece può essere curata con iniezioni intravitreali di anti VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor, fattore di crescita dell'endotelio vascolare)

3. **Glaucoma:** Si tratta di un'otticopatia degenerativa progressiva per lo più accompagnata da un aumento del tono oculare. Si presenta, in maniera del tutto asintomatica, prevalentemente dopo i 40 - 50 anni e progredisce lentamente. Si manifesta soggettivamente solo in fase avanzata.
   Particolare importanza riveste la prevenzione secondaria o diagnosi precoce, attuabile con visite oculistiche periodiche su soggetti a rischio per età o per altri fattori.

4. **Retinopatia diabetica:** è una delle complicanze più frequenti e più gravi del diabete ed è la prima causa di ipovisione e cecità in età lavorativa. Colpisce circa un terzo dei pazienti diabetici: in Italia si calcola che circa un milione di persone ha questa complicanza che può evolvere verso le forme gravi di retinopatia proliferante e/o di edema maculare cistoide con riduzione e perdita della funzione visiva. Come per il glaucoma sono molto importanti iniziative di prevenzione secondaria per una diagnosi la più precoce possibile.

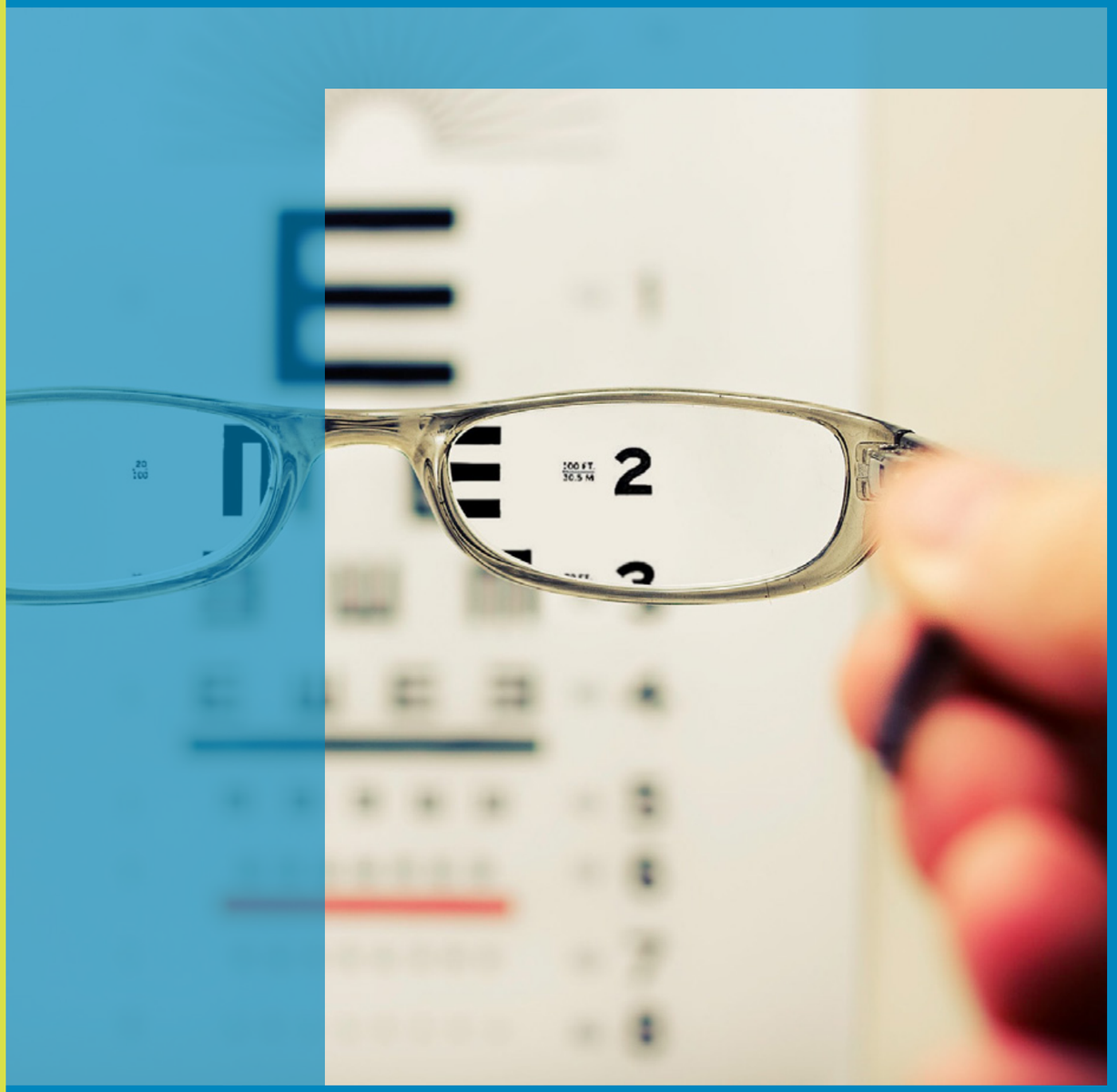
Da quanto sopra emerge un quadro preoccupante per la salute oculare, come le Nazioni Unite e L'Organizzazione Mondiale della Salute non si stancano di ripetere. In particolare, la cataratta, la degenerazione maculare legata all'età, il glaucoma, la retinopatia diabetica sono patologie prioritarie nella salute globale per il loro impatto sull'individuo e la società.
Soprattutto ricordano che circa l'80% dei gravi deficit visivi, oggi riscontrabili nel mondo, potrebbero essere prevenuti e curati. E per perseguire questo scopo diventa necessario:

- implementare l'"integrated people-centred eye care" nei Sistemi sanitari ovvero un insieme di servizi organizzati e coordinati in modo da garantire un continuum di prevenzione, terapia e riabilitazione delle patologie visive, sia all'interno che all'esterno dell'ambiente sanitario, ponendo al centro l'individuo e riconoscendolo come parte attiva del servizio di cura;
- monitorare i percorsi preventivi e terapeutici per valutare i progressi verso la realizzazione dell'"integrated people-centred eye care";
- aumentare la consapevolezza e la responsabilizzazione sia degli individui sia delle istituzioni riguardo alle molte necessità della cura degli occhi.

Questo è lo scenario della salute oculare, in Italia e nel Mondo, su cui è nato e si è sviluppato il progetto **Vista in Salute**.

CAPITOLO SECONDO

CAMPAGNA DI PREVENZIONE MALATTIE OTTICO RETINICHE - VISTA IN SALUTE



CAMPAGNA DI PREVENZIONE MALATTIE OTTICO RETINICHE - VISTA IN SALUTE

Il lavoro svolto nel corso degli anni sulle patologie oftalmiche, ha consentito alla IAPB Italia di maturare una significativa esperienza nell'elaborazione e gestione di progetti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, capaci di avvicinare la profilassi visiva alle istituzioni, alla popolazione e alla classe medica.

Il primo passo per l'adozione di un programma di prevenzione di portata nazionale è stato compiuto attraverso un'iniziativa di prevenzione secondaria all'interno del Parlamento italiano, sottoponendo a controlli oculistici Deputati e Senatori, negli anni 2017 e 2018, al fine di sensibilizzare il legislatore sull'importanza di controlli specifici per le patologie ottico-retiniche. Parallelamente, sul piano scientifico e in collaborazione con le associazioni di pazienti, IAPB Italia ha sostenuto studi e indagini, che hanno preso forma pubblicazioni di divulgazione scientifica: "Libro Bianco sulla Retinopatia Diabetica", "La teleretinografia nello screening e nel monitoraggio della retinopatia diabetica" e il "Manifesto Sociale" sulla retinopatia. Non da ultimo, proprio il coinvolgimento diretto del Ministero della Salute, attraverso due edizioni del "Forum Nazionale sulla Retinopatia diabetica", nel 2016 e nel 2017, ha contribuito a dare un impulso alla ricerca in questo ambito.

Il risultato di questo impegno non ha tardato a concretizzarsi, e infatti *nella Legge di Bilancio 2019 è stato inserito un finanziamento triennale per la realizzazione di un progetto di prevenzione e contrasto delle malattie ottico retiniche, la cui gestione è stata affidata alla IAPB Italia (Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 e successive modificazioni)*. Come abbiamo visto, esclusa la cataratta che oggi può essere operata con pieno successo, la Degenerazione Maculare Legata all'Età (DMLE), il Glaucoma e la Retinopatia Diabetica (RD) sono malattie ottico retiniche con alta prevalenza ed incidenza e grande capacità invalidante. Sono patologie gravi e diffuse che richiedono l'attivazione di un programma di sensibilizzazione, sia dell'opinione pubblica che delle Istituzioni.

Va in questa direzione il progetto **Vista in Salute**, partito a settembre 2019 (terminato nel luglio 2022). Gli obiettivi che si propone sono:

1. **Primo obiettivo: prevenzione primaria oculare.** Sensibilizzare la popolazione sull'importanza fondamentale della vista e sulla necessità di proteggerla mantenendola in uno stadio di piena efficienza. La medicina sino ad oggi si è occupata del soggetto in quanto portatore di malattia, intervenendo nel momento in cui questa insorgeva e affidando al medico il ruolo di attore unico della diagnosi e cura. Oggi l'approccio deve essere diverso, in base al concetto di salute - ribadito dall'OMS - che la salute non è l'assenza di malattia, ma il benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo. Al centro dei servizi sanitari deve esserci la persona, intesa nella sua interezza, tenendo in considerazione quanti più aspetti possibili della sua esistenza (People-Centred-Cure-PCC). Per raggiungere un tale obiettivo è necessario che si formi una cittadinanza educata, coinvolta e partecipe dei processi della salute, prevenzione e cura. Il prerequisito per l'empowerment sono proprio la sana informazione e l'educazione sanitaria. La prevenzione non si fa negli ospedali, le cure di malattie croniche si praticano a casa non in corsia; l'invecchiamento della popolazione impone un coinvolgimento della persona e dei suoi familiari nella strategia terapeutica, che include tutti, non solo gli specialisti e le figure ausiliarie specializzate. E proprio su queste ultime, concentrate prevalentemente sulla cura delle malattie per formazione e attività, si vuole svolgere un'azione di sensibilizzazione sull'importanza della prevenzione. Lo stesso scopo lo si vuole raggiungere con i decisori politici, che nella programmazione spesso fanno riferimento prevalentemente al contenimento dei costi più che a reali esigenze dell'utenza. È importante che si rendano conto che puntare sulla prevenzione è molto meno costoso del dover poi intervenire con terapie e degenze, spesso seguite da riabilitazioni lunghe e faticose.
   Girare con un truck per le piazze delle regioni italiane, avvicinare e comunicare con la popolazione, visitare persone che non riferiscono problemi oculari, utilizzare tutti i mass media territoriali, organizzare dibattiti pubblici sulla visione significa portare avanti un programma efficace di educazione sanitaria, con il pieno coinvolgimento del personale sanitario locale.

2. **Secondo obiettivo: prevenzione secondaria.** Visitare il maggior numero di persone a rischio per età, al fine di individuare allo stadio precoce, per lo più silente, patologie ottico-retiniche. I casi sospetti o francamente patologici, previ accordi, vengono inviati a strutture di secondo livello sul territorio, tramite canale preferenziale.

3. **Terzo obiettivo:** mettere a punto un modello diagnostico di prevenzione secondaria che sia affidabile, riproducibile e non crei falsi positivi e/o falsi negativi per le patologie degenerative ottico-retiniche. È noto che lo screening di tali malattie non può usufruire di una metodica o di una tecnica semplice che dia garanzie di successo, ma diventa il più delle volte necessario ricorrere a visita oculistica completa, spesso suffragata da indagini strumentali. Si perseguiva in altre parole, una volta stabilito e riconosciuto il ruolo fondamentale della prevenzione delle malattie ottico-retiniche, il percorso preventivo da mettere nell'agenda sanitaria di ciascuna regione. In particolare, si voleva sperimentare sul campo tutti i passaggi di telemedicina per la diagnosi precoce della retinopatia diabetica, sottoponendo tutti i diabetici ad una fotografia del fondo oculare, refertata a distanza da uno specialista. La realizzazione di un tale programma avrebbe contribuito sensibilmente all'abbattimento delle liste d'attesa per visita oculistica, che purtroppo è quella con i tempi più lunghi.

4. **Quarto obiettivo:** raccogliere il maggior numero di dati nel corso della campagna, ai fini di uno studio epidemiologico sulla salute visiva nelle varie regioni.

MODALITÀ OPERATIVE ATTUAZIONE PROGETTO A LIVELLO TERRITORIALE

Il progetto, patrocinato da Ministero della Salute, Conferenza Stato-Regioni, Istituto Superiore di Sanità, Associazione Nazionale Comuni Italiani, Società Oftalmologica Italiana, Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti, Regioni e comuni interessati, ha interessato tutte le Regioni italiane, toccando 54 città, permettendo a quasi 9000 persone di ricevere uno screening delle maculopatie, glaucoma e retinopatia diabetica.
La fase pilota della campagna di prevenzione delle malattie ottico-retiniche **Vista in Salute** è stata avviata nel 2019. Dopo la sospensione del 2020 a causa della pandemia covid-19, è proseguita negli anni 2021-2022.

Il lancio del progetto in ciascuna Regione è stato realizzato mediante un evento di presentazione alla stampa a bordo della struttura itinerante, nel corso del quale esponenti della comunità scientifica, delle istituzioni sanitarie regionali e della società civile, sono stati chiamati a confrontarsi sull'importanza della prevenzione e sui modelli che la contemplano, al fine di migliorare la gestione delle principali patologie oftalmiche.

È seguita un'attività di advocacy tra la popolazione, e di prevenzione secondaria mediante l'utilizzo di una struttura multifunzionale itinerante, dotata di tre ambulatori (area informativa e area sanitaria), che ha sostato in ogni Regione per circa 9 giorni, interessando i principali Centri.

Presso la struttura ha operato personale sanitario (oculisti e ortottisti) che, con l'utilizzo di strumentazione oftalmica di nuova generazione (Tomografo a Coerenza Ottica, autorefrattometro, pneumotonometro con pachimetro integrato e lampada a fessura), ha effettuato una valutazione anatomico-funzionale, con rilascio del risultato degli esami, oltre ad un leaflet informativo sull'importanza della prevenzione. I dati raccolti durante la visita sono stati registrati attraverso un software di archiviazione per la successiva elaborazione statistica.

In un'ottica di continuità assistenziale, laddove possibile il progetto è stato realizzato in sinergia con le strutture sanitarie territoriali, predisponendo anche il secondo livello sanitario, al fine di assicurare un percorso rapido per coloro che avevano bisogno di una visita una visita oculistica di approfondimento.

Sito di riferimento: www.vistainsalute.it

TEMPI E LUOGHI

Di seguito, nel dettaglio, i comuni interessati dall'iniziativa.

ANNO 2019

LOMBARDIA
VARESE **21-22-23 settembre**
MILANO **24-25-26 settembre**
LODI **27-28-29 settembre**

ABRUZZO
PESCARA **19-20-21 ottobre**
TERAMO **22-23-24 ottobre**
L'AQUILA **25-26-27 ottobre**

CAMPANIA
NAPOLI **23-24-25 novembre**
NOLA **26-27-28 novembre**
SALERNO **29-30 novembre 1 dicembre**

ANNO 2021

UMBRIA
PERUGIA **2-3 settembre**
TERNI **4-5 settembre**

TOSCANA
FIRENZE **7-8 settembre**
AREZZO **9-10 settembre**
SIENA **11-12 settembre**

EMILIA ROMAGNA
BOLOGNA **14-15 settembre**
PARMA **16-17 settembre**
MODENA **18-19 settembre**

MARCHE
ANCONA **21-22 settembre**
ASCOLI PICENO **23-24 settembre**
PESARO **26-27 settembre**

PUGLIA
BARI **29-30 settembre**
BARLETTA **1-2 ottobre**
FOGGIA **3-4 ottobre**

BASILICATA
POTENZA **6-7 ottobre**
MATERA **8-9 ottobre**

MOLISE
CAMPOBASSO **11-12 ottobre**

LAZIO
ROMA **14-17 ottobre**
LATINA **18-19 ottobre**
FROSINONE **20-21 ottobre**

SICILIA
PALERMO **3-4 novembre**
CALTANISSETTA **6-7 novembre**
CATANIA **8-9 novembre**

CALABRIA
REGGIO CALABRIA **26-27 ottobre**
COSENZA **29-30 ottobre**
CATANZARO **31 ottobre 1 novembre**

ANNO 2022

SARDEGNA
CAGLIARI **09-10-11 maggio**
ORISTANO **12-13 maggio**
NUORO **14-15 maggio**
SASSARI **16-17 maggio**

LIGURIA
GENOVA **19-20-21 maggio**
CHIAVARI **22-23-24 maggio**
LA SPEZIA **25-26-27 maggio**

PIEMONTE
TORINO **30-31 maggio e 1 giugno**
NOVARA **2-3-4 giugno**
BIELLA **5-6-7 giugno**

VALLE D'AOSTA
AOSTA **8-9-10 giugno**

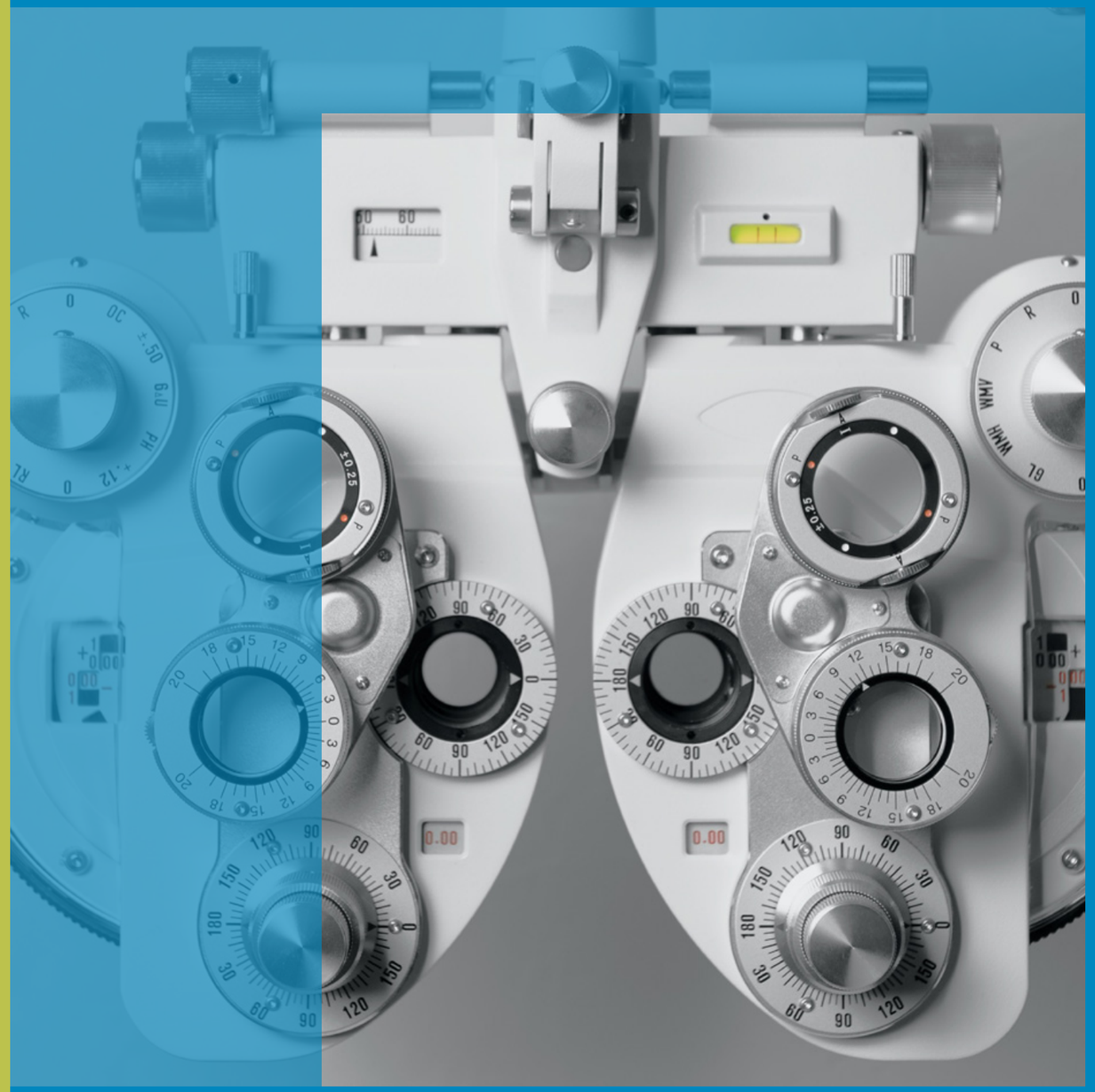
FRIULI
TRIESTE **13-14-15 giugno**
UDINE **16-17-18 giugno**
GORIZIA **19-20-21 giugno**

VENETO
VENEZIA **23-24-25 giugno**
PADOVA **26-27-28 giugno**
VERONA **29-30 e 1 luglio**

TRENTINO-ALTO ADIGE
TRENTO **4-5-6 luglio**
BOLZANO **7-8-9 luglio**

CAPITOLO TERZO

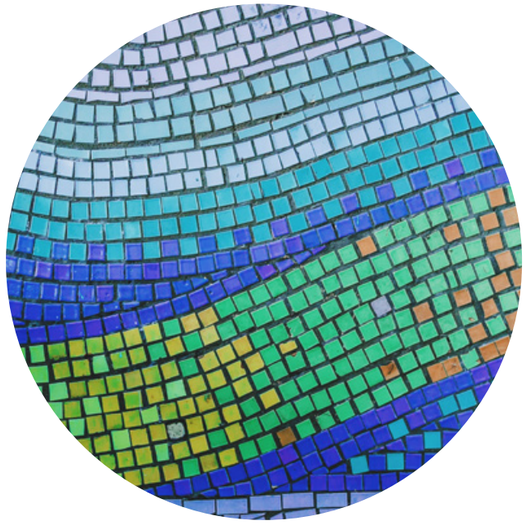
METODOLOGIA



METODOLOGIA

Nonostante la coincidente pandemia Covid 19 che ha creato tante criticità organizzative e non pochi rinvii, il programma preventivato è stato portato a termine nella sua completezza.
Come già accennato, l'iniziativa prevedeva l'utilizzo di un truck (fornito da Publipeas S.r.l.), vale a dire di una struttura multifunzionale itinerante, dotata di più ambienti per l'accoglienza, la raccolta di informazioni e l'esecuzione degli esami strumentali e delle visite.
Il numero delle persone che hanno partecipato all'iniziativa è stato complessivamente 8671.
Si è trattato di un campione casuale, di tipo opportunistico. Infatti, tutti i soggetti che volevano aderire all'iniziativa venivano accettati, fino ad esaurimento delle disponibilità al giorno. Era sufficiente presentarsi presso la località prevista - per lo più una piazza principale della città coinvolta - nei giorni stabiliti. L'unico fattore di esclusione era l'età inferiore ai 40 anni.
La persona che si presentava sua sponte, dopo aver firmato l'informativa per il trattamento dei dati personali, veniva sottoposta a un questionario all'uopo preparato.
Un operatore non sanitario lo assisteva nella compilazione, dopo aver aperto una scheda nominale su una piattaforma digitale (fornita da *VTE Next s.r.l.*), su cui inserire tutti i dati di inerenti caratteristiche sociodemografiche, lo stile di vita, la percezione dello stato di salute generale e oculare.
Il soggetto saliva poi a bordo del mezzo mobile e veniva accolto da un'ortottista assistente di oftalmologia, che lo sottoponeva ai seguenti esami:

- **test di Amsler (griglia nero su bianco, 15cm x 15cm)**
- **autorefrattometria (Autoref-ker KR-800, Topcon), minimo tre misurazioni**
- **tonometria a soffio (Tono-pachi CT800, Topcon) minimo tre misurazioni dello stesso valore**
- **Tomografia a Coerenza Ottica del segmento posteriore (3D OCT-1 Maestro2, Topcon)**
- **Tutti i dati venivano raccolti nella scheda del paziente.**



Tutto il percorso si concludeva con l'oculista, che dopo aver visionato gli esami strumentali fatti, eseguiva:

- **la biomicroscopia del segmento anteriore dell'occhio con lampada a fessura (Slit Lamp SL-D01, Topcon),**
- **l'oftalmoscopia in miosi del polo posteriore (lente Volk 90D).**

Si evitava in tal modo qualsiasi esame che in qualche modo potesse essere considerato invasivo per il paziente. In tutti i casi si è evitata la dilatazione della pupilla per eseguire l'esame del fondo oculare in midriasi.
Per quanto riguarda il glaucoma, in fase di screening, si è data importanza al tono oculare, ritenendolo come principale fattore di rischio e sempre valutandolo in riferimento al valore pachimetrico. Tutte le misurazioni = o > 20 mmHg sono state poi ripetute dall'oculista con la metodica ad applanatio e questo valore è stato considerato quello definitivo. In linea di massima i valori tonometrici sono stati così valutati:

- **fino a 19 mmHg in assenza di escavazione con C/D < 0,3: normali**
- **20 - 25 mmHg: sospetti**
- **Oltre 25 mmHg: patologici, specie se accompagnati da aumento dell'escavazione papillare o da pseudoesfoliatio.**
- **La pseudoesfoliatio è stata sempre considerata fattore di rischio**

Per quanto riguarda la macula l'aspetto funzionale è stato valutato con il test di Amsler, quello obiettivo dall'OCT e dalla fotografia del Fondo. Per eventuali ulteriori verifiche l'oculista, in casi particolari o dubbi, è ricorso alla misurazione del visus lontano e vicino e al test di velocità di lettura. Per la retinopatia diabetica oltre all'esame del fondo e all'OCT, si è fatto ricorso alla fotografia del fondo oculare.
Per la cataratta sono stati considerati solo i casi che alla biomicroscopia si presentavano molto avanzati con visus inferiore ai 5/10.
Infine, l'oculista, valutati gli esami eseguiti e i risultati sua visita, sulla base della sua esperienza e delle caratteristiche del singolo caso, formulava il giudizio finale e con un breve colloquio comunicava al paziente i risultati ottenuti, consegnando copia dei test effettuati e consigliando eventuali esami di approfondimento.
In una seconda fase era prevista anche una lettura a posteriori dell'OCT da parte di un secondo oculista, che compilava l'apposita sezione della scheda.

MODALITÀ DI RACCOLTA DEI DATI E STRUTTURAZIONE DI UN DATABASE.

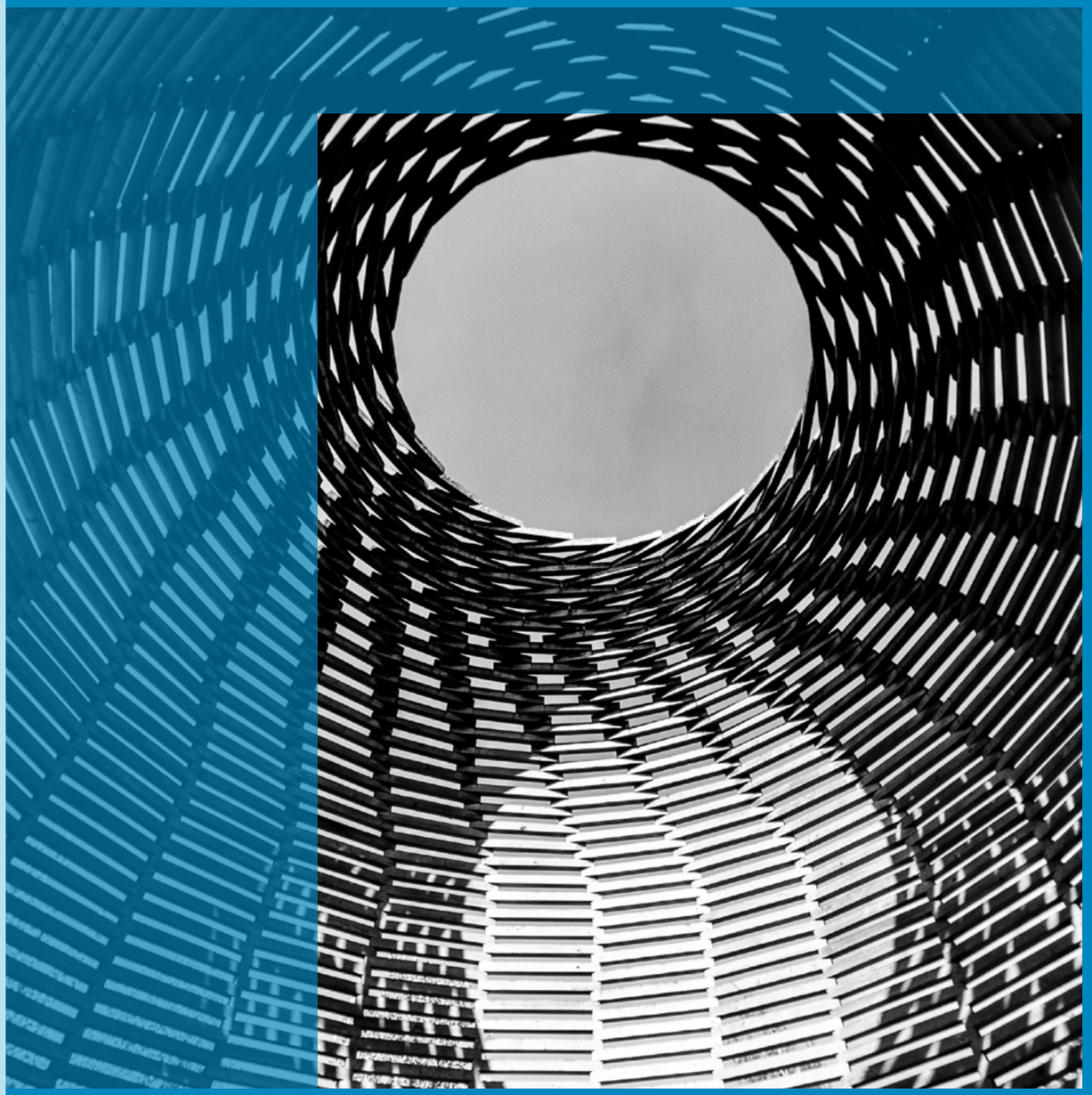
I dati inseriti nella piattaforma digitale sono poi stati estratti ed utilizzati per costruire un database unico per tutti e tre gli anni, attraverso procedura di record linkage (con chiave rappresentata da codice attribuito durante la compilazione del Questionario).

ANALISI STATISTICA

Il database è stato analizzato con il Pacchetto statistico SPSS (Statistical Package for Social Science), versione 27 per Windows.
L'analisi statistica ha previsto la realizzazione di tabelle di frequenza e tabelle di contingenza.
È stata realizzata un'analisi univariata, impiegando test parametrici e non parametrici.
Infine, è stata realizzata un'analisi multivariata che ha considerato nello stesso modello più variabili contemporaneamente.
In questo caso i risultati sono presentati sotto forma di Odds ratio (OR). Con valori superiori a 1 gli OR indicano un fattore di rischio, con valori inferiori a 1 gli OR indicano un fattore di protezione.
Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0.05$.

CAPITOLO QUARTO

RISULTATI



RISULTATI

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE. CARATTERISTICHE GENERALI

Nel corso dell'iniziativa, sono state sottoposte a screening 8671 persone in tutta Italia.
Si sono raccolte alcune caratteristiche demografiche, tra cui la scolarità, la situazione occupazionale e familiare, oltre all'età e al genere.
L'età media del campione era di circa 65 anni, con una leggera prevalenza femminile. Il titolo di studio più rappresentato era il diploma e la maggior parte dei soggetti viveva con partner e figli. I pensionati sono stati coloro che hanno aderito maggiormente all'iniziativa, seguiti dai lavoratori non occasionali. Il *grafico A* mostra le caratteristiche sociodemografiche del campione.

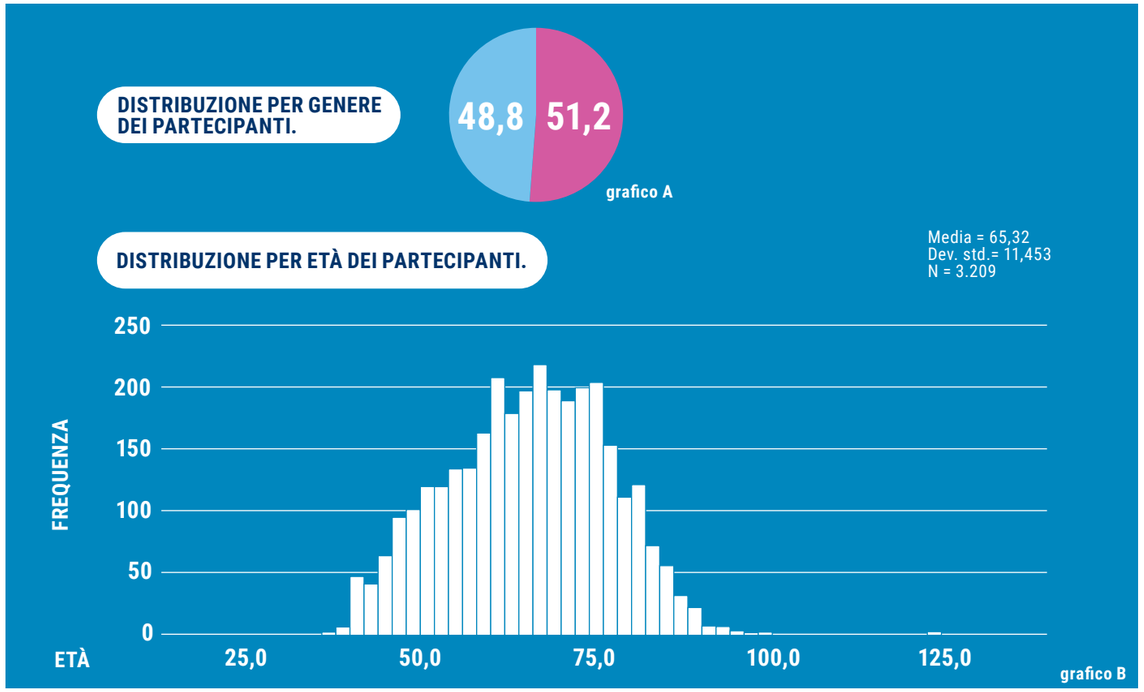
VARIABILE	PERCENTUALE
Genere	
Femmine	51,2
Maschi	48,8

VARIABILE	PERCENTUALE
Situazione familiare	
Con altri parenti	1,8
Con i figli senza partner	13
Con partner e figli	52,5
Con partner senza figli	9,4
Da solo/a	24,7
Da solo/a in struttura correttiva	0,2

VARIABILE	PERCENTUALE
Titolo di studio	
Diploma	38
Laurea di primo livello	10,4
Laurea specialistica o laurea Vecchio Ordinamento	5,4
Licenza elementare	9,6
Licenza media	27,4
Nessun titolo	10,8

VARIABILE	PERCENTUALE
Situazione occupazionale	
Casalinga	6,3
In altra condizione (pensione sociale o di guerra, benestante)	0,8
In cerca di nuova occupazione (disoccupato)	6,9
In cerca di prima occupazione	0,17
Inabile al lavoro	0,2
Occupato con collaborazione o prestazione occasionale	0,7
Occupato/a	40,1
Ritirato/a dal lavoro (pensionato/a)	46,4
Studente	0,03

grafico A



VARIABILE	PERCENTUALE
Attività sportiva continuativa	
No	90,4
Sì	9,6
Mancante	0,01

VARIABILE	PERCENTUALE
Fumo di tabacco	
No	68,1
Sì	10,3
Ex	21,6

VARIABILE	PERCENTUALE
Beve vino abitualmente	
No	70,6
Sì	29,4

VARIABILE	PERCENTUALE
Beve birra abitualmente	
No	90,6
Sì	9,4

VARIABILE	PERCENTUALE
Stato di salute percepito	
Buono	65.9
Eccellente	1.6
Insufficiente	1.4
Mediocre	19.3
Pessimo	0.3
Mancante	13.2

Si è posta anche attenzione allo stile di vita, indagando la propensione all'attività sportiva e alle abitudini voluttuarie, in particolare il fumo e il consumo di alcool. Da queste domande è emerso che il campione intervistato era prevalentemente composto da persone sedentarie, poco propense al fumo e al consumo di bevande alcoliche.

Di fronte alla domanda "come giudica il suo stato di salute?" la parte più rappresentativa del campione non si è lamentata delle proprie condizioni, definendo la propria salute "buona", seguito da chi invece la giudicava "mediocre". Il *grafico B*, illustra nel dettaglio queste caratteristiche

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE. PREVALENZA DELLE MALATTIE OCULARI

Per il sospetto glaucoma, la prevalenza nel campione nazionale è stata del 4.4%, per la retinopatia diabetica lo 0.4% e per la maculopatia il 3.2%. Sono state rilevate differenze significative nella frequenza di queste patologie in base al genere, all'età e alla regione di appartenenza.

	GLAUCOMA SOSPETTO %	RETINOPATIA DIABETICA %	MACULOPATIA %
Totale	**4,4**	**0,4**	**3.2**
Genere			
Femmine	3,1	0,2	2.4
Maschi	4,9	0,6	4.7
p (livello di significatività)	**0.002**	**0.002**	**< 0.001**
Età			
< 55 anni	2,8	0.1	1.0
≥ 55 anni	4,3	0.5	5.6
P (livello di significatività)	**0.028**	**0.656**	**< 0.001**

Tabella C: prevalenza delle patologie di interesse, suddivise per genere, età e regione e livello di significatività statistica delle differenze tra gruppi di confronto.

Nel nostro campione la prevalenza del glaucoma sospetto e della maculopatia era significativamente maggiore negli uomini che nelle donne e nei soggetti sopra i 55 anni rispetto ai più giovani.
La **Sardegna** è risultata la regione con la prevalenza più alta di **glaucoma sospetto (10,9%)**, la **Basilicata** per la **retinopatia diabetica (5.9%)** e la **Valle d'Aosta** per la **maculopatia (13.5%)**. Cumulativamente, la Sardegna ha avuto la più alta prevalenza di patologia oculare, discostandosi marcatamente dalla media del campione per tutte e 3 le patologie.

La tabella seguente riporta i risultati dell'analisi multivariata per ciascuna patologia (variabile dipendente). Lo scopo di questa analisi è verificare il comportamento delle variabili indipendenti genere, età e Macroregione. Per valori di OR (Odds Ratio) superiori a 1, il fattore considerato va inteso come fattore di rischio. Per valori di OR inferiori a 1, il fattore considerato va invece visto come fattore protettivo.

	GLAUCOMA OR (95%CI)	RETINOPATIA OR (95%CI)	MACULOPATIA OR (95%CI)
Genere			
Femmine (rif.)	1	1	1
Maschi	1.49 (1.09 - 2.02)	1.79 (0.81 - 3.96)	1.14 (0.89 - 1.46)
Età			
< 55 anni (rif.)	1	1	1
≥ 55 anni	1.66 (1.07 - 2.55)	6.83 (0.92 - 50.5)	5.56 (3.22 - 9.57)
Regione			
Nord	1.09 (0.67 - 1.77)	-	33.8 (8.4 - 136)
Centro (rif.)	1	-	1
Sud	2.21 (1.34 - 3.63)	-	21.4 (5.2 - 88)

Tabella D: Analisi multivariata (regressione logistica).

Nel nostro campione il genere maschile è risultato essere un fattore di rischio per glaucoma sospetto, retinopatia diabetica e maculopatia. L'unica associazione significativa risulta essere per il glaucoma sospetto, con un rischio per i maschi aumentato di circa il 50%.
L'età al di sopra dei 55 anni rappresenta un fattore di rischio per tutte le patologie considerate, significativo per il glaucoma (incremento del rischio del 66%) e per la maculopatia (incremento del 450%).
In merito all'analisi per macroregione, nel nostro campione chi risiede nel Sud Italia presenta una maggiore probabilità di glaucoma sospetto e di maculopatia, mentre chi risiede nel Nord Italia per la sola maculopatia. Nessun fattore è associato significativamente alla retinopatia diabetica.

CAPITOLO QUINTO

CONSIDERAZIONI

CONSIDERAZIONI

Tra gli obiettivi principali, che la campagna "Vista in salute" si proponeva - così come diffusamente precisato in precedenza - figuravano la sensibilizzazione verso l'importanza della vista e la sua difesa, la conoscenza e la divulgazione delle malattie ottico retiniche, causa principale oggi di "visual impairment", e, in altre parole, un fattivo contributo alla formazione di una coscienza sanitaria nella popolazione. Allo stesso tempo si voleva stimolare tutto il mondo sanitario - sia chi è preposto alla sua organizzazione, sia chi quotidianamente è impegnato nell'attività clinica - a perseguire le raccomandazioni dell'OMS riguardo la centralità della visione a livello individuale e sociale.

Se questo obiettivo sia stato raggiunto e, soprattutto, in quale misura, è difficile valutarlo. È stato più volte affermato che la prevenzione primaria non dà risultati tangibili a breve scadenza. Ciò che si semina oggi, con grande impegno e con costi elevati, produce un raccolto in tempi lunghi non quantificabili, sicuramente non a brevi scadenze.

Comunque l'impegno profuso in ogni fase della campagna da parte di tutti gli operatori, la piena attuazione di quanto programmato, la partecipazione del mondo sanitario locale, la risposta di tutta la società civile coinvolta e, soprattutto, la domanda di partecipazione all'iniziativa da parte dei cittadini sempre e ovunque elevata - in più di un caso, superiore alla capacità stessa di soddisfarla - fanno ritenere che questo obiettivo sia stato più che sufficientemente raggiunto.

D'altra parte non vanno dimenticate le tante difficoltà organizzative che una campagna di questo genere incontra nel suo svolgimento, considerati i tanti vincoli temporali, logistici e, soprattutto, economici. Si pensi soltanto all'organizzazione complessa e puntuale necessaria, alle tante autorizzazioni da ottenere (utilizzo del suolo pubblico che abbia caratteristiche particolari, pagamento delle tasse dovute, autorizzazione all'uso della rete elettrica cittadina), alla necessità di coinvolgimento delle autorità politiche e sanitarie, al reperimento del personale specialistico, ai tanti risvolti comunicativi.

Tutte queste difficoltà sono state di volta in volta superate ma sicuramente possono aver inciso su un altro degli obiettivi che l'indagine stessa, condotta a livello nazionale, si proponeva, vale a dire la rappresentazione accurata di un quadro di salute oculare della popolazione anziana, che, come è noto, è a maggior rischio di "visual impairment".

In passato la IAPB Italia, sulla spinta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e del Ministero della Salute, aveva condotto delle indagini pilota nella città di Latina (circa 130.000 abitanti nella regione Lazio) e nella regione Abruzzo, per valutare la fattibilità di una ricerca epidemiologica, condotta con criteri metodologici rigidi. Si era prestata attenzione non solo al campionamento, che fosse estremamente rappresentativo della popolazione da esaminare, ma anche al rilevamento dei dati clinici attraverso l'esame obiettivo e strumentale dell'organo visivo, nonché a reperire informazioni sullo stile di vita e sull'atteggiamento verso il proprio stato di salute generale, ed oculare in particolare.

I dati ufficiali sulle condizioni di salute della popolazione italiana - negli ultimi anni estesa alle Nazioni dell'EU - (https://www.istat.it/it/salute-e-sanità), disponibili e periodicamente aggiornati, si fondano però quasi esclusivamente sull'auto definizione dello stato di salute, e contengono poche informazioni sulla visione. L'obiettivo, invece, che la IAPB ha sempre voluto perseguire, è stato quello di ottenere una rilevazione diretta da parte di oculisti, con la collaborazione di ortottisti-assistenti di oftalmologia, delle condizioni di salute visive del paziente pur in un ambito di rappresentatività campionaria. E proprio su questo secondo aspetto sono insorte le maggiori difficoltà nelle precedenti esperienze nella regione Abruzzo e nella città di Latina. Mentre la progettazione del campione, che è avvenuta in collaborazione con il CNR, è stata raggiunta con buon risultato, le difficoltà maggiori, spesso non superabili, si sono avute quando quando si sono convocati i soggetti alla visita oculistica. Ha risposto solo il 12% del campione prestabilito e ci sono state anche ulteriori defezioni all'appuntamento per la visita, nonostante ulteriori tentativi di sensibilizzazione. Insorgevano di volta in volta – date le caratteristiche di popolazione anziana - problemi di salute, di spostamento, di accompagnamento, ma anche difficoltà per condizioni atmosferiche avverse, di indisponibilità di personale, ecc...

Sulla base di queste precedenti esperienze pilota si è deciso di accogliere nella campagna "Vista in salute" chiunque si fosse presentato di propria iniziativa nei luoghi stabiliti dell'indagine fino ad esaurimento delle possibilità. L'unico fattore di esclusione è stata l'età inferiore ai 40 anni. Si è così formato un campione casuale di tipo opportunistico, la cui numerosità può fornire comunque una certa stima della situazione generale.

Al fine di fornire informazioni più precise sulle modalità di conoscenza dell'iniziativa, va precisato il 30% dei partecipanti è venuto a conoscenza dell'iniziativa per puro caso, perché essendo di passaggio ha visto l'unità mobile, il 42% attraverso la stampa, radio, TV ed internet, il 24% attraverso il "passa parola" tra parenti, amici e conoscenti, il rimanente 4% attraverso il contatto diretto con enti coinvolti nell'iniziativa. Queste modalità di accesso all'iniziativa, a nostro avviso, limitano abbastanza la concentrazione di soggetti spinti a presentarsi per la conferma di problemi oculistici già noti, mentre possono aver dato l'opportunità ad alcuni con disturbi in atto a presentarsi alla visita. Questo è accaduto in Sardegna e in Valle d'Aosta, dove si sono presentati un distacco di retina, ipertoni oculari misconosciuti anche superiori a 60 mmHg, maculopatie essudative in fase attiva, corpi estranei metallici ecc. In altre regioni invece, come la Liguria, la gente riferiva di presentarsi solo a scopo preventivo.

LE CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

L'età è un fattore di rischio di prioritaria importanza per le malattie ottico retiniche, legate come sono all'invecchiamento. Tanto per fare un esempio, nella degenerazione maculare legata all'età (DMLE) la prevalenza sale repentinamente al 19,5% tra i 70-79 anni, per portarsi al 27,1% tra gli 80-84 anni. (Wong WL et al, The Lancet Global health 2014, 2(2) el06-16) Nel nostro campione l'età media è di circa 65 anni, con una sempre più scarsa rappresentazione degli ultrasettantacinquenni. Ciò si spiega facilmente con la casualità del nostro campione che penalizza i più anziani date le loro difficoltà a recarsi nei punti di visita, spesso immobilizzati presso la propria abitazione o nelle case di riposo. Questo fatto sicuramente dà una sottostima della prevalenza di queste patologie nella nostra indagine.

Rispetto al genere la presenza superiore delle donne (51,2%) riflette all'incirca i valori nazionali, mentre per quanto riguarda il titolo di studio si registrano percentuali leggermente più alte rispetto alla media nazionale dei diplomati (38% contro il 35%) e dei laureati di 1° e 2° livello (15,8% contro il 14%), fatto che trova una possibile spiegazione in una maggiore sensibilizzazione verso l'iniziativa in chi ha un titolo di studio maggiore.

Riguardo all'occupazione, si segnala che poco meno della metà del campione è costituita da persone in età lavorativa, segno evidente sia del limite alto del pensionamento in Italia, sia dell'età media non molto avanzata degli esaminati.

Riguardo allo **stile di vita** il campione mostra una popolazione sedentaria con attività fisica molto limitata. Solo una persona su 10 svolge una qualche attività sportiva contro il 20% circa rilevato dall'ISTAT. La percentuale si riduce ulteriormente nelle donne e con l'avanzare dell'età.

I fumatori abituali sono relativamente pochi, circa il 10%, con una leggera prevalenza degli uomini. Si tratta di fumatori di sigarette (99%), che non superano il mezzo pacchetto al giorno nella maggior parte dei casi e lo fanno da una media di oltre 20 anni. Coloro che hanno abbandonato sono poco più del 20% del campione ed hanno smesso mediamente da circa 15 anni. Come è noto, il fumo è considerato un fattore di rischio per le patologie degenerative ottico retiniche, e il numero ridotto di fumatori riscontrato può essere interpretato come un successo delle tante campagne sociali contro il fumo, che hanno fatto uso di immagini e slogan crudi e realistici, nonché della normativa che vieta di fumo nei locali pubblici.

Il consumo abituale di vino è riferito dal 30% circa (solo 1/3 rappresentato dalle donne); meno la birra (9,4%) e meno ancora i superalcoolici (circa 3%). Sono valori al di sotto di quanto registrato dall'ISTAT nell'indagine multiscopo delle famiglie. Sicuramente interagisce una certa ritrosia a dichiarare l'effettivo consumo di alcool.

Circa lo **stato di salute generale percepito** dai partecipanti all'indagine la maggior parte dichiara che sia "buono". La voce "eccellente" figura con un misero 1,6%, ma si deve tener presente dell'età media del campione. In compenso le modalità "insufficiente" e "pessimo" mostrano percentuali ancor più basse, rispettivamente 1,4% e 0,3%.

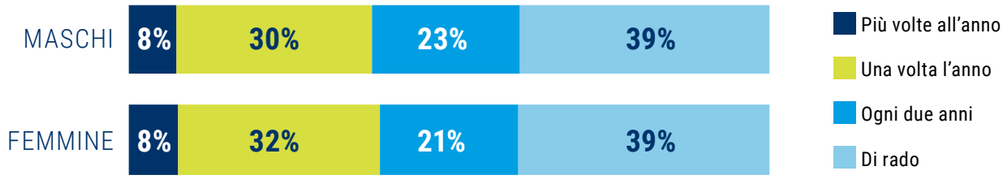
Si tenga comunque presente che si tratta di dati di autopercezione, che nel nostro caso hanno lo scopo di individuare l'atteggiamento nei confronti del proprio stato di salute, piuttosto che di misurarne la reale prevalenza.

In riferimento alle malattie generali più frequenti:

1. **il 21% degli intervistati dichiara di prendere farmaci per l'ipertensionee arteriosa e questo dato è perfettamente allineato a quello fornito dall'Istituto Superiore della Salute (progetto sorveglianza PASSI) http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp;**
2. **il 6% dice di avere avuto una diagnosi di diabete mellito (dato di poco superiore a quello ISS-PASSI che è del 4%);**
3. **il 13% riferisce di soffrire di malattie cardio-circolatorie;**
4. **per le altre patologie i valori sono molto bassi.**

Un elemento da sottolineare in modo particolare è il **grado di sensibilità delle persone nei confronti della salute oculare e la sua salvaguardia attraverso controlli oculistici periodici**. Su questo versante sono emersi dati rassicuranti. Quasi il 60% degli intervistati si controlla con regolarità: il 6,6% più volte l'anno; il 25,4% ha affermato di recarsi a visita oculistica ogni anno; il 25,1% ogni due anni; il 42,9% solo saltuariamente e al bisogno. Contrariamente ai luoghi comuni, che considerano le donne più attente alla propria salute, non sono emerse differenze tra i due sessi. Invece se si considera l'età, la visita oculistica diventa più frequente e regolare con il suo avanzare. La positività di questi riscontri sta nel fatto che si vanno sempre più diffondendo tra la popolazione l'attenzione per la propria salute oculare e il ricorso a visite a scopo preventivo. Per dare maggiore sostegno a tali affermazioni segnaliamo risultati del tutto simili che sono emersi anche in altre indagini condotte dalla IAPB-Italia in alcune città italiane, come risulta dalla figura sottostante.

Ogni quanto tempo si sottopone ad una visita oculistica?



Per quanto riguarda la **disabilità,** dall'indagine risulta che i soggetti con invalidità riconosciuta dall'INPS costituiscono il 14,1% del campione: sicuramente un valore elevato se si considera l'età media di circa 65 anni e la presenza di molte persone ancora in età lavorativa. All'interno di questa percentuale la **disabilità visiva** figura per il 2,3%.

LE PATOLOGIE OTTICO RETINICHE

IL GLAUCOMA

Nel mondo si stima che i glaucomatosi siano circa 76 milioni e le proiezioni nel 2040 indicano un aumento a 111.8 milioni. (Tham YC et al: "Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis". Ophthalmology 2014; 121 (11): 2081 - 90). Rapportato alla popolazione mondiale al 2020, la prevalenza globale risulterebbe dell'1,04%. Ma si tenga presente che la prevalenza del glaucoma aumenta con l'età, mentre le stime globali sono calcolate sulla popolazione generale. A ciò si devono aggiungere le difficoltà di accertamento di una malattia ad andamento cronico e asintomatico, che determinano sicuramente una sottostima del fenomeno.

La prevalenza più alta si ha in Africa con valori intorno al 4,8%, seguita dall'America Latina e dai Caraibi con il 4,5%.

Il *trend* è del tutto simile a quello della DMLE e quindi in netta crescita nei prossimi decenni, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale.

Il numero globale dei **ciechi stimati per glaucoma** è di circa 6,9 milioni.

Nella nostra indagine la prevalenza del glaucoma a livello nazionale è del 4,4%.

Rispetto all'**età** si registra un progressivo aumento con l'avanzare della stessa (p = 0,028). Comunque, va segnalata la percentuale già relativamente alta del 2,8% nella fascia di età > = 55 anni: chiaro segno che l'insorgenza e la presenza della malattia sono già in un'età di piena attività lavorativa.

Rispetto al **sesso,** dalla nostra indagine risulta una significativa predominanza di quello maschile: 4,9% versus 3,1% (p = 0,002). Questo risultato si pone in contrasto con quanto emerge dalla review di Tham et. Al., nella quale non emergono differenze significative tra i due generi. È veramente difficile stabilire quanto le caratteristiche di campione casuale opportunistico abbiano inciso su questo risultato; a nostro avviso non in maniera determinante. Lo dimostra anche una nostra precedente indagine condotta nella regione Abruzzo su un campione rappresentativo della popolazione anziana. Hanno dichiarato di soffrire di glaucoma e di essere in terapia il 4% dei maschi e il 3,4% delle donne: dati confermati in seguito a visita oculistica. Ulteriori studi sono necessari per avere la conferma che il sesso maschile sia un fattore di rischio per glaucoma (Mastropasqua L. et al.: "Epidemiological Surveillance of Eye desease an People Awareness in the Abruzzo Region, Italy" Medicina 2021, 57, 978).

Rispetto alle variazioni territoriali (in questo caso regionali) segnaliamo l'alta prevalenza di glaucoma rinvenuta in Sardegna (10,9%). Percentuali superiori alla media sono state anche rinvenute in Emilia Romagna (7%) e in Liguria (5%). La disomogeneità regionale è statisticamente significativa (p <0,001).

DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ (DMLE)

A livello globale la DMLE si stima colpisca 195,6 milioni (95% CrI 140-261) e che, come per il glaucoma, presenti una marcata eterogeneità, con le più alte prevalenze in Europa tra le popolazioni Caucasiche.

Rispetto all'età, la prevalenza della DMLE aumenta di 7 volte tra i 45 e gli 85 anni: dal 4,2% della fascia di età di 45 - 49 anni, si passa al 27,2% di quella di 80 - 85 anni. Non sono segnalate differenze rispetto al sesso e ad altre condizioni oculari. (Wong. WL et al.: "Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis". The Lancet Global Health. 2014;2(2):el06-16).

Nella nostra indagine la prevalenza della DMLE nel campione esaminato è del 3,2%.
Come per il glaucoma si registra una prevalenza superiore tra i maschi: 4,7% versus 2,4%: differenza statisticamente significativa (p < 0,001).

RETINOPATIA DIABETICA

A livello mondiale si valuta che i pazienti con la retinopatia diabetica siano 146 milioni di adulti, calcolati applicando la prevalenza globale del 34,6% di retinopatia diabetica - riportata da Yau et al [2014] - al numero di soggetti diabetici nel mondo di età superiore ai 18 anni che nel 2014 risultavano circa 422 milioni secondo il WHO Global Report on Diabetes del 2016. (World report on vision - WHO - 2019).

Anche per la retinopatia diabetica, come per il glaucoma e la DMLE, vengono riferiti uno stretto legame con l'età (anche se la sua insorgenza risulta essere un po' più precoce delle altre due, riscontrandosi già in età lavorativa), un'omogeneità tra i due sessi e un'eterogeneità territoriale. (Yau J. et al: "Global prevalence and major risk factor of diabetic retinopathy" Diabetes Care 2012; 35:556-64).

I ciechi per retinopatia diabetica nel mondo sono 3 milioni, valore sensibilmente inferiore a quello del glaucoma e della DMLE.

Nella nostra indagine la retinopatia diabetica ha mostrato una bassa prevalenza. 0,4%.

Anche in nostre precedenti iniziative si erano riscontrati valori non molto elevati: 1,5% in Abruzzo e 0,6% a Latina. Questo scarso riscontro della retinopatia diabetica si può spiegare con il buon controllo metabolico del diabete riferito dagli intervistati: quasi il 90% ha dichiarato che il proprio diabete era ben compensato con valori dell'emoglobina glicata nei limiti della norma. La scelta di non sottoporre i soggetti a midriasi farmacologica potrebbe aver portato a una sottostima dei casi di retinopatia diabetica nei primissimi stadi. Questo potrebbe aver influito in particolar modo quando vi fosse una concomitante opacità dei mezzi diottrici, che poteva rendere meno nitida sia l'oftalmoscopia che la foto del fondo oculare.Come per il glaucoma e la maculopatia si rinviene una più alta prevalenza per il sesso maschile: 0,6% versus 0,2 (p = 0,002) Per la variabile età invece non emerge significatività statistica fra i due gruppi di età < 55 anni e > = 55 anni.

CAPITOLO SESTO

CONCLUSIONI

CONCLUSIONI

Circa i risultati dell'indagine vorremmo iniziare con un dato rassicurante: dalla nostra indagine emerge una discreta sensibilità della popolazione verso la salute oculare dimostrata dal fatto che quasi il 60 % si sottopone con periodicità a visita oculistica anche a scopo soltanto preventivo. Certamente questo dato può risentire delle caratteristiche del campione e, soprattutto, non evidenziare differenziazioni e sacche di emarginazione all'interno della società. Ciò però non esclude la sua positività.

C'è però da segnalare che, se la maggior parte dei soggetti (90.2%) dichiara di vedere bene, di questi il 18,2% mostrava nel corso dell'indagine qualche alterazione oculare significativa. Infatti lo 0.6% dei pazienti che nel questionario riferiva di vedere bene, aveva in realtà una retinopatia diabetica il 2.7% un ipertono oculare (> 25 mmHg) in almeno un occhio, e il 12.8% un'alterazione maculare in almeno un occhio. Ne consegue la percezione soggettiva di vedere bene non corrisponde necessariamente all'assenza di patologia oculare potenzialmente seria, anche perché alcune condizioni, come il glaucoma e la retinopatia diabetica in fase iniziale, sono prevalentemente asintomatiche ed anche curabili.

La prevalenza del glaucoma e della DMLE nel nostro Paese ricalca quella dei Paesi ad alto reddito. Emerge invece una bassa frequenza della retinopatia diabetica nonostante l'alto numero dei diabetici.

Nel nostro campione il genere maschile risulta essere un fattore di rischio per glaucoma, retinopatia diabetica e maculopatia. L'unica associazione significativa risulta essere per il glaucoma, con un rischio per i maschi aumentato di circa il 50%.

L'età al di sopra dei 55 anni rappresenta un fattore di rischio per tutte le patologie considerate, significativo per il glaucoma (incremento del rischio del 66%) e per la maculopatia (incremento del 450%).

In merito all'analisi per macro-regione, nel nostro campione chi risiede nel Sud Italia presenta una maggiore probabilità di glaucoma e di maculopatia, mentre chi risiede nel Nord Italia per la sola maculopatia.

Nessun fattore è associato significativamente alla retinopatia diabetica.

Un altro elemento da tenere in considerazione è la marcata disomogeneità tra le Regioni italiane in termini di prevalenza di patologie oculari. Anche se la selezione del campione è di tipo opportunistico, la differenza regionale è risultata rilevante e significativa da un punto di vista statistico, specialmente tra Nord e Sud del Paese. Questo potrebbe essere dovuto a diversi fattori, come la diversa sensibilizzazione della popolazione sul tema della salute oculare, la diversa organizzazione sanitaria con criticità all'accesso ai servizi sanitari oculistici, il diverso tenore di vita.

Questo senz'altro implica la necessità di una migliore distribuzione delle risorse destinate alla prevenzione e alla cura delle patologie oculari, per garantire una copertura più omogenea a tutti i cittadini residenti sul territorio italiano, a prescindere dalla regione di appartenenza.

E in conclusione riproponiamo le raccomandazioni dell'OMS già ricordate in precedenza:

1. **Rendere le cure oculistiche parte integrante della sanità pubblica estesa a tutti le cure oculistiche, eliminando le diseguaglianze riguardanti l'accesso e la fornitura di servizi oculistici. Il nostro servizio sanitario, considerato tra i più avanzati al mondo, davanti alle crescenti difficoltà economiche per aumento delle richieste rispetto alle disponibilità economiche, non deve ridurre il suo impegno nella prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie oculari, ma deve rafforzare i servizi oftalmologici tra le priorità sanitarie nazionali.**
2. **Implementare IPCEC (Integraded people-centred eye care) nei sistemi sanitari, per cui diventa importante sviluppare programmi di ricerca, di politica sanitaria, di innovazione tecnologica, di formazione del personale.**
3. **Monitorare i progressi raggiunti.**
4. **Aumentare la consapevolezza e l'impegno delle persone e delle comunità, specialmente quelle più emarginate (donne, migranti, persone con disabilità).**

Progetto grafico LTM&PARTNERS
Stampato a ottobre 2023

IAPB
ITALIA
ONLUS
PER AMORE DELLA VISTA