2-2017 Aprile - Giugno

Anno XL - Reg. Trib. Roma N. 16799 - R.O.C. n. 584 - Poste Italiane Spa - spedizione in a.p. D.L.353/03 (conv. in L.27/02/2004 n. 46), art.1, comma 1, AUT. C/RM/196/2007 - ISSN: 2038-3193

Oftalmologia Sociale

Rivista di Sanità Pubblica

L'OMS rinnova la collaborazione col Polo Nazionale

La prevenzione della retinopatia diabetica entra in Senato

Degenerazione maculare legata all'età e depressione

IAPB ITALIA ONLUS

PER AMORE DELLA VISTA

Certificata UNI EN ISO 9001:2008

SOI
Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1869 a difesa della vista

Prot.90S2017I

Preg.mo Avv.
Giuseppe Castronovo
Presidente
Agenzia Internazionale per la prevenzione della cecità
IAPB Italia Onlus

Roma, 18 maggio 2017

Oggetto: 97° Congresso SOI – Roma, 29 Novembre – 02 Dicembre 2017 – Centro Congressi Rome Cavalieri –

Gentile Avvocato Castronovo,

siamo lieti di informarLa che il Consiglio Direttivo della Società Oftalmologica Italiana ha deliberato di conferirLe un Riconoscimento SOI per l'importante e preziosa attività svolta a difesa ed in sostegno delle persone ipovedenti o con gravissima compromissione della vista. Il Suo costante e impareggiabile impegno Le ha permesso di svolgere la funzione di interlocutore privilegiato in Italia e all'estero nei confronti delle Istituzioni, per ottenere risultati impareggiabili nella prevenzione della cecità evitabile riconosciuti in tutto il mondo.

Il Premio Le verrà consegnato durante lo svolgimento del 97° Congresso Nazionale SOI, che avrà luogo a Roma da mercoledì 29 Novembre a sabato 02 Dicembre 2017, presso il Centro Congressi Rome Cavalieri.

Nel complimentarci con Lei, Le inviamo, a nome del Consiglio Direttivo SOI, i più cordiali saluti.

Il Segretario
Teresio Avitabile

SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA S.O.I. A.M.O.I.

Il Presidente
Matteo Piovella

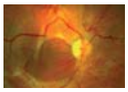
via dei Mille 35 • 00185 Roma • tel. 064464514 • fax 064468403 • sedesoi@soiweb.com • www.soiweb.com • c.f. 02382000582

SOMMARIO

L'EDITORIALE

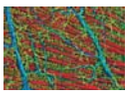
5 - Il Polo Nazionale in *Pole Position* 5
di Giuseppe Castronovo

L'INTERVENTO



7 - Se la retinopatia diabetica è sottovalutata 7
di L. Bianconi, G. Albertini, F. Anitori, G. E. Bilardi, F. Conte, M. Dalla Tor, U. Di Giacomo, R. Formigoni, B. Mancuso, G. F. M. Marinello, L. Rossi

NEWS DAL MONDO



10 *di Alessandro Algenta*
- Glaucoma, l'apoptosi delle cellule retiniche "in diretta" 10
- Se il caffè dilata la pupilla 11
- Crescono i problemi visivi in età prescolare 13
- Retinopatia diabetica, screening anche con telemedicina 14
- Bastoncelli trasformati in coni per via genica 15
- Riabilitazione salva-vista dopo l'ictus 16
- La vista che rischia se non si torna dall'oculista 17
- Accesso all'assistenza sanitaria, Italia 12ª al mondo 17

NEWS DALL'ITALIA

18
- Diabete, Italia spaccata in due 18
- Check-up oculistici in Senato 19
- Se gli ottici fanno abusivamente gli oculisti, indagine di 32 procure 21
- Polo Nazionale, rinnovata la collaborazione con l'OMS 22
- Partito il corso in riabilitazione visiva a Chieti 22
- Centri di riabilitazione, occhio alle norme 23
- Sempre più italiani con malattie croniche 25
- Il diabete, una minaccia globale alla salute 26
- Se la salute paga un conto salato 27
- Sanità, Italia divisa in tre 28
- SOI, appuntamenti con l'oftalmologia a 360° 29
- L'innovazione targata America - assegnata la *B. Strampelli SOI Medal Lecture* 30
- In Italia un sistema universalistico diseguale 31
- Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale 32

PARLIAMO DI

34 - Quando la prevenzione si tinge di *rom* 34
di Glauco Galante

L'INTERVISTA

37 - Se il diabete è una pandemia 37
parla W. Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

LA LETTERA

40 - OMS, dieci anni nella salute pubblica 40
di Margaret Chan

STUDI SCIENTIFICI

44 - Degenerazione maculare legata all'età e depressione 44
di Stefania Fortini, Emanuela Rellini, Simona Turco

Oftalmologia Sociale

Rivista di Sanità Pubblica
Anno XL - n. 2-2017

Direttore
avv. Giuseppe CASTRONOVO

Condirettore
dott. Carlo Maria VILLANI

Caporedattore
prof. Filippo CRUCIANI

Vicecaporedattore
dott. Glauco GALANTE
g.galante@iapb.it

Comitato di Redazione
dott. Filippo AMORE
dott. Michele CORCIO
prof. Leonardo MASTROPASQUA
dott. Matteo PIOVELLA
dott.ssa Simona TURCO

Comitato Scientifico Nazionale
Presidente
prof. Francesco BANDELLO
Direttore della Clinica Oculistica dell'Università Vita-Salute,
Istituto Scientifico San Raffaele, Milano

Vicepresidente
prof. Emilio CAMPOS
Direttore dell'Unità Operativa di Oculistica Università degli Studi di Bologna

Componenti
prof. Teresio AVITABILE
Direttore della Clinica Oculistica del Policlinico V. Emanuele -
Università degli Studi di Catania

prof. Aldo CAPOROSSI
Direttore UOC di Oculistica dell'Università Cattolica
del Sacro Cuore Policlinico A. Gemelli

prof. Edoardo MIDENA
Direttore della Clinica Oculistica e della Scuola di Specializzazione
in Oftalmologia dell'Università di Padova

Presidente Onorario
prof. Emilio BALESTRAZZI
Già Direttore della Struttura Complessa di Oculistica
del "Policlinico A. Gemelli" di Roma

Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità - Sezione italiana onlus (IAPB Italia)
Via U. Biancamano, 25 - 00185 Roma - Tel. 06.36.00.49.29 - Fax 06.36.08.68.80
Sito internet: www.iapb.it - e-mail: sezione.italiana@iapb.it

Abbonamenti
Contributo Ordinario: €16,00 annui; Sostenitore €26,00 annui; Benemerito €52,00 annui
Contributo Volontario per l'attività promozionale da versare sul c.c.p. 24059008 - Via U. Biancamano, 25 - 00185 Roma, intestato a:
Sezione Italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità. Dopo il pagamento inviare un'e-mail sezione.italiana@iapb.it
(o chiamare lo 06 36004929) per comunicare l'indirizzo postale di spedizione. Registrazione della testata: Tribunale di Roma N. 16799
Spedizione in abbonamento postale D.L.353/03 (conv. in L.27/02/2004 n°46) art.1, comma 1, AUT.C/RM/196/2007
Stampa EUROLIT S.r.l - Via Bitetto, 39 - 00133 Roma. Numero chiuso in redazione il 16 giugno 2017.
Titolare del trattamento dei dati è la Sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità

Il Polo Nazionale in *Pole Position*

È stata rinnovata fino al 2020 la collaborazione con l'OMS a livello di prevenzione della cecità e riabilitazione visiva. Al Policlinico A. Gemelli di Roma gli ipovedenti possono contare su un Centro dove lavora un'équipe multidisciplinare

Avv. Giuseppe Castronovo
Presidente dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità-IAPB Italia onlus

Il Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva degli Ipovedenti sta crescendo sempre più e ha ormai acquistato notevole rilevanza sul piano mondiale. Si tratta di un progetto dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità-IAPB Italia onlus che è divenuto realtà grazie alla Legge n. 291/03. È Centro di collaborazione Oms per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva sin dal 2013. Lo scorso 2 maggio tale accordo di collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità è stato rinnovato fino al 2020. Il riconoscimento dell'autorevolezza del Centro, che si trova presso il Policlinico A. Gemelli ed è stato inaugurato a ottobre 2007, fa onore all'Italia, all'Agenzia internazionale e a tutto il Policlinico Gemelli.

Si tratta della migliore creatura della Sezione italiana della IAPB, che garantisce un'efficiente atti-

Microperimetria presso il Polo Nazionale

Riabilitazione visiva con *touch system* (Polo Nazionale)

vità riabilitativa: è attualmente l'unico Centro in Europa che opera, con tanto di riconoscimento dell'OMS, per la prevenzione della cecità ed è uno dei più accreditati al mondo sul piano della riabilitazione visiva.

Si tenga conto che l'ipovisione è un fenomeno in tendenziale crescita: sia perché la scienza medica consente, in casi sempre più numerosi, di evitare la perdita della vista e sia a causa dell'invecchiamento demografico e del conseguente incremento delle malattie degenerative. Secondo gli ultimi dati disponibili nel mondo vivono 246 milioni d'ipovedenti contro 39 milioni di ciechi: dunque un rapporto di 6,3 a 1. Eppure l'ipovisione continua ad essere ampiamente sottovalutata.

Stiamo cercando – attraverso i rapporti di collaborazione con altri Centri di collaborazione italiani – di ampliare il ventaglio delle prestazioni puntando anche alla teleriabilitazione: una volta avviata di persona la riabilitazione presso il Polo, l'ipovedente potrà proseguire anche a domicilio gli esercizi riabilitativi assegnati. Tali esercizi potranno poi essere monitorati da personale esperto. Il Polo Nazionale – che fa anche ricerca – può infatti contare su un'équipe multidisciplinare: si va dagli oculisti agli ortottisti, passando per gli psicologi, gli istruttori d'orientamento e mobilità, ecc.

Annunciamo che alla fine di quest'anno o, molto più probabilmente, nel 2018, organizzeremo un nuovo convegno internazionale sulla riabilitazione visiva. Quest'ultima è importante per gli ipovedenti, che non devono mai perdere la speranza e la fiducia: possono abbandonare in molti casi il timore di diventare ciechi. Con la riabilitazione visiva si ha la possibilità di utilizzare al meglio il residuo visivo e di ridurre l'insicurezza della persona ipovedente, migliorandone la qualità della vita. In effetti, come diceva Giulio Cesare, "di regola, gli uomini si preoccupano più di ciò che non possono vedere che di ciò che possono vedere".

In conclusione vorrei rivolgere un appello a tutti gli ipovedenti e a tutti gli oculisti che li seguono: di praticare e far praticare la riabilitazione visiva, tanto diffusa nei Paesi del Nord Europa, in Canada e negli Stati Uniti. In Italia solo negli ultimi anni si è accesa questa "lampada" meravigliosa per gli ipovedenti: noi rinnoviamo il nostro invito ad affidarsi a personale esperto per intraprendere un percorso riabilitativo.

Riabilitazione visiva pediatrica presso il Polo

Se la retinopatia diabetica è sottovalutata

Il Senato contro il diabete. La retinopatia diabetica è la prima causa di cecità ed ipovisione grave in età lavorativa

L. Bianconi, G. Albertini, F. Anitori, G. E. Bilardi, F. Conte, M. Dalla Tor, U. Di Giacomo, R. Formigoni, B. Mancuso, G. F. M. Marinello, L. Rossi

Spot per la prevenzione dei danni retinici (da www.iapb.it)

"Il Senato, premesso che: il diabete è una malattia sistemica e l'occhio può essere colpito in ogni suo distretto. La retinopatia diabetica è la complicanza microvascolare più comune del diabete mellito. Secondo i dati più aggiornati, interessa oltre 1.000.000 di persone e circa il 2 per cento dei 4 milioni di diabetici sviluppano una forma grave di tale complicanza. La retinopatia diabetica è la prima causa di cecità ed ipovisione grave in età lavorativa (tra 20 e 67 anni) nei Paesi industrializzati, la quinta causa di cecità prevenibile e il deficit visivo moderato-grave è responsabile, secondo i dati presentati in Senato nel maggio 2012 dalla Società italiana di oftalmologia, del 13 per cento dei casi di grave handicap visivo. I fattori di rischio che determinano l'insorgenza precoce della retinopatia diabetica e una sua rapida evoluzione sono: la durata del diabete, lo scompenso glicemico, in modo particolare l'iperglicemia, e l'ipertensione concomitante;

secondo i dati dell'osservatorio 'Arno 2015', la prevalenza del diabete è pari al 6,2 per cento, alla quale devono essere sommati i casi di diabete misconosciuto che, secondo stime recenti, corrispondono al 20-30 per cento del totale (circa un milione di italiani), con una prevalenza complessiva superiore all'8 per cento. Pertanto, il numero dei diabetici in Italia sarebbe pari a 5 milioni di individui, ossia un caso ogni 12 abitanti. Il diabete mellito riduce l'aspettativa di vita di 5-10 anni e secondo i dati ISTAT costituisce l'ottava causa di morte in Italia, con un'importante diseguaglianza territoriale, essendo la causa di morte più frequente nel Sud e nelle isole;

considerato che:

il diabete, quando causa una disabilità, ha un impatto notevolissimo sulla qualità di vita;

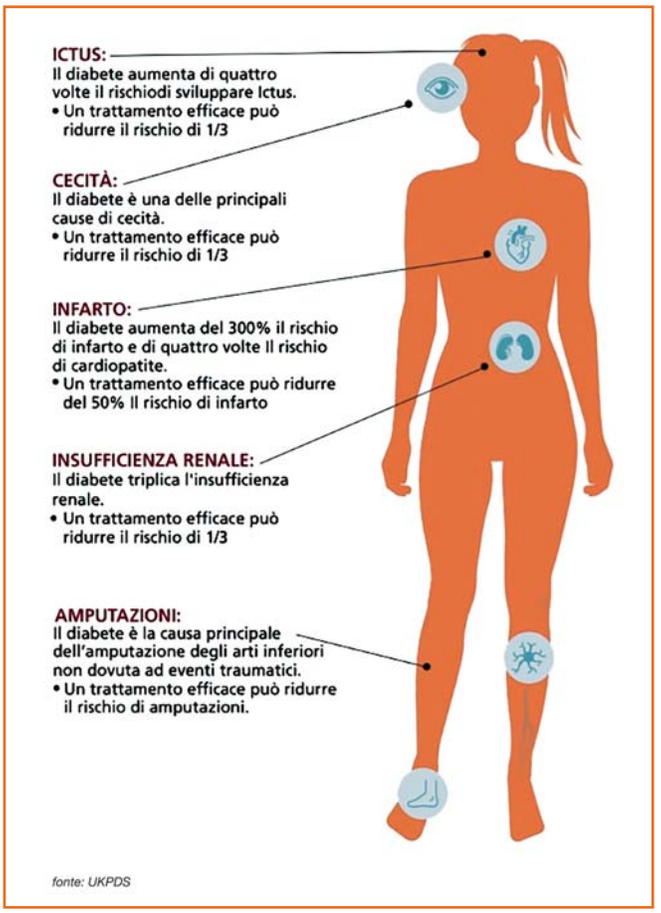
la retinopatia diabetica colpisce i capillari della retina, producendo lesioni o ischemie e causando ipovisione di diverso grado. In base alla presenza e alla numerosità delle lesioni, la retinopatia diabetica si presenta in due stadi: la retinopatia diabetica non proliferante, che può essere di gravità lieve, moderata o grave o preproliferante e la retinopatia diabetica proliferante. Come ricordato, questa patologia rappresenta la più comune com-

plicanza microvascolare del diabete mellito e può causare una disabilità visiva in duplice maniera: una perdita o riduzione più o meno severa della visione centrale, a seguito dell'edema maculare, oppure una compromissione della visione periferica conseguente alla retinopatia preproliferante e proliferante, a cui può anche associarsi un danno maculare. Di fatto, la retinopatia diabetica proliferante non è la causa più frequente di riduzione visiva, ma, sicuramente, è la più invalidante. Una ipovisione o cecità di tipo periferico e, ancor più, di tipo misto limita l'autonomia del soggetto in più ambiti della quotidianità, portando alla dipendenza e all'isolamento con ricadute sull'autostima ed autoefficacia dell'individuo;

le persone diabetiche sottovalutano la retinopatia diabetica e spesso giungono alla valutazione dell'oculista solo di fronte ad un danno irreversibile e consolidato, perché i sintomi spesso compaiono tardivamente;

la retinopatia diabetica o altre maculopatie oggi non sono contrastate in modo efficace, perché i pazienti o non sono trattati adeguatamente o sono sottodiagnosticati; inoltre, i trend negativi aumentano, in quanto la popolazione interessata non è sottoposta a screening con la necessaria periodicità.

Malgrado le raccomandazioni delle linee guida, ribadite anche nella revisione e aggiornamento del 2015, dall'analisi dei dati più recenti, oggi disponibili, che sono quelli del 2015 dell'osservatorio Arno, condotto con la Società italiana di diabetologia (SID), emerge che solo l'11,1 per cento della popolazione presa in considerazione si è sottoposta a visita specialistica. Un aspetto negativo, che appare ancora più preoccupante rispetto a quanto emerge dai dati dell'Associazione medici diabetologi (AMD) nell'intervallo temporale 2004-2011, secondo i quali il 25 per cento dei soggetti diabetici erano stati sottoposti allo screening annuale per la retinopatia. Ottimale sarebbe la visita oculistica completa periodica, ma in considerazione della prevalenza della popolazione colpita con trend in forte aumento, delle lunghe liste di attesa e della reale possibilità di intervento delle strutture sanitarie, in una fase di screening è la retinopatia diabetica la patologia da individuare e monitorare, in quanto la vera responsabile di condizioni di ipovisione e cecità;



Principali complicanze del diabete

i dati epidemiologici mostrano uno scenario preoccupante: all'incremento della prevalenza non corrisponde un'offerta adeguata, sia per la distribuzione territoriale dei servizi specialistici, sia per le risorse strumentali e umane per la prevenzione e per il trattamento della retinopatia diabetica.

Questo genera un aumento dei casi di ipovisione o di cecità evitabili, con un grave impatto sulle condizioni di vita delle persone coinvolte e sull'equilibrio della spesa pubblica. Tutto ciò genera un considerevole aumento dei costi sanitari, la riduzione della capacità lavorativa, la conseguente diminuzione della contribuzione fiscale e previdenziale e un incremento dei costi sociali, sia per le famiglie, sia per gli enti locali;

le evidenze scientifiche dimostrano che la natura asintomatica, subdola e rapida del decorso della retinopatia diabetica e il suo carattere di attuale emergenza sociosanitaria impongono:

1) la diagnosi precoce come presupposto fondamentale per evitare o, quanto meno, rallentare la progressione della menomazione visiva;

2) programmi di screening per ridurre in modo significativo sia l'insorgenza della patologia, sia il suo peggioramento. Per il diabete mellito tipo 1, la visita oculistica completa deve essere intrapresa dopo 5 anni dalla diagnosi o alla pubertà. Nel diabete mellito tipo 2 lo screening va effettuato alla diagnosi, a fronte di una maggiore probabilità di riscontro di alterazioni retiniche già in atto. In entrambe le forme di diabete mellito, la ripetizione dello screening, che rappresenta uno degli interventi a più elevato rapporto tra costo e efficacia, è raccomandata dopo 24 mesi in assenza di retinopatia diabetica, oppure dopo 12 o 6 mesi in caso di retinopatia diabetica rispettivamente non proliferante, lieve o moderata. L'osservazione di lesioni più avanzate impone una valutazione specialistica più ravvicinata o d'urgenza, in relazione alla gravità del quadro clinico e istopatologico;

3) programmi di prevenzione secondaria, come dimostrato da evidenze internazionali e da studi condotti in Italia, attraverso la telemedicina, dotando le strutture di base di un retinografo non midriatico e ricorrendo alla tele refertazione differita, da parte dell'oftalmologo. Oltre ad un sensibile contenimento dei costi, con questa metodologia si può garantire il raggiungimento e il monitoraggio della quasi totalità della popolazione diabetica, sicuramente raddoppiando, se non triplicando, i numeri attuali;

4) il trattamento diversificato, a seconda della forma clinica di retinopatia diabetica, garantendo anche i farmaci innovativi, al fine di contrastare drasticamente l'ipovisione e la cecità. Naturalmente, per garantire un effetto terapeutico ottimale, è fondamentale una buona aderenza alla terapia, impegna il Governo, alla luce delle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, del piano nazionale diabete, supportato dalle linee guida internazionali e nazionali, a far sì che il sistema sanitario italiano, declinato nelle diverse Regioni:

1) attui scelte di politica sanitaria, in materia di programmazione, prevenzione primaria e secondaria, diagnosi e terapia, che consentano modelli gestionali efficaci a livello nazionale, regionale e locale, garantendo adeguati finanziamenti che permettano anche l'attuazione dei nuovi LEA;

2) rafforzi politiche sanitarie che rendano prioritari e incrementino la programmazione dei servizi territoriali per la prevenzione, la diagnosi e la terapia della retinopatia diabetica, al fine di garantire a tutte le persone con diabete appropriatezza diagnostico-terapeutica, equità ed uniformità dei servizi, riduzione delle liste d'attesa;

3) definisca a livello nazionale e regionale percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, al fine di incrementare ed ottimizzare le attività sanitarie, i servizi e migliorare la *compliance* dei pazienti diabetici;

Distacco di retina associato a retinopatia diabetica

4) realizzi campagne istituzionali d'informazione, attraverso sia i tradizionali mezzi di comunicazione (televisione, radio e carta stampata), sia i *new media (web, social)*;

5) sostenga progetti di lavoro con team multi specialistici, comprendenti medici di medicina generale, diabetologi e oculisti;

6) promuova iniziative strutturate di diagnosi precoce e di screening della retinopatia diabetica e di altre patologie oculari;

7) realizzi nelle diverse Regioni sistemi di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei modelli organizzativi e dei percorsi di prevenzione, diagnosi e trattamento della retinopatia diabetica e delle altre patologie oculari"[1].

[1] Fonte: www.senato.it, seduta dell'Assemblea del 4 aprile 2017 (n.799), *ndr*

News dal mondo

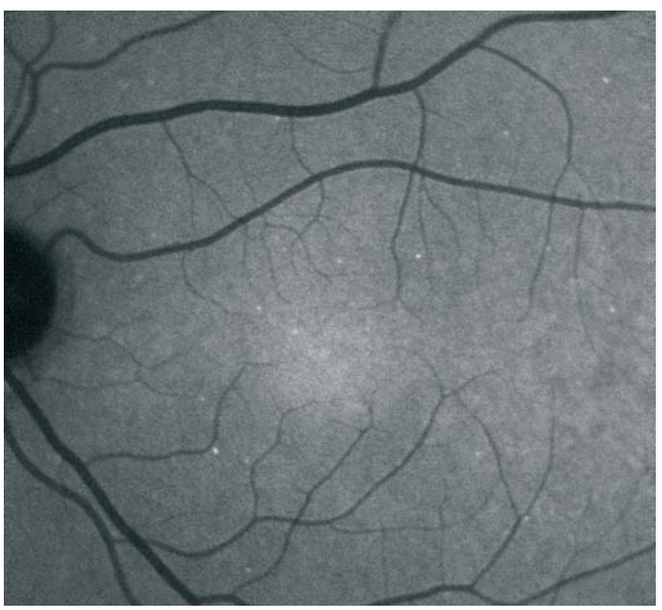
Alessandro Algenta

GLAUCOMA, L'APOPTOSI DELLE CELLULE RETINICHE "IN DIRETTA"

Messa a punto una nuova tecnica con un tracciante radioattivo: nei glaucomatosi la distruzione cellulare nervosa è dieci volte più rapida

Si può osservare la morte delle cellule retiniche "in diretta"? La risposta è positiva: avrebbe rilevato l'apoptosi delle cellule ganglionari un gruppo di ricercatori inglesi in persone affette da glaucoma, pubblicando poi la ricerca su *Brain*[1].

Com'è noto questa malattia silente può procurare danni irreversibili al nervo ottico e alle cellule ganglionari retiniche (CGR). I ricercatori britannici sono riusciti a dimostrare che, in linea di principio, sarebbe persino possibile vedere la degenerazione di una singola cellula della retina grazie a un tracciante radioattivo, un marcatore fluorescente che si lega alle proteine delle cellule "morenti", che appaiono all'esame del fondo oculare come punti bianchi fluorescenti.



Apoptosi delle cellule ganglionari in un glaucomatoso (Fonte Brain, copyright Cordeiro MF *et al.*)

Le persone colpite da glaucoma perdono mediamente all'incirca il 4% delle cellule ganglionari retiniche ogni anno contro lo 0,4% causato dai normali processi d'invecchiamento. Si calcola, per l'esattezza, che nei glaucomatosi vadano incontro ad autodistruzione, ogni anno, tra le 28mila e le 33mila cellule retiniche (77-90 al giorno).

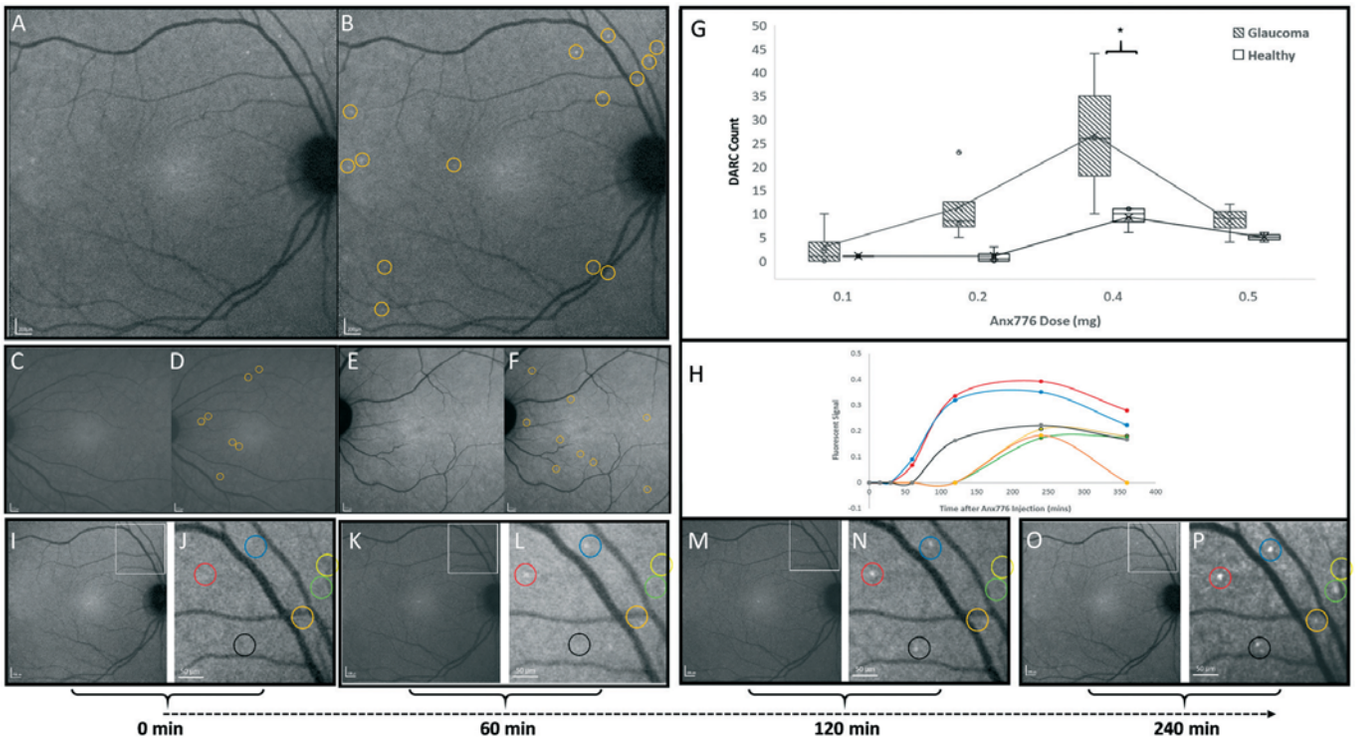
Un nuovo strumento diagnostico pionieristico – sviluppato da ricercatori dell'Università di Londra (UCL) e del *Western Eye Hospital* – ha consentito di osservare il fenomeno dell'apoptosi della parte posteriore dell'occhio sin dai suoi primi passi. Come spiega il professore Philip Bloom di quest'ultimo ospedale britannico: "Il trattamento [contro il glaucoma] ha molto più successo quando comincia nelle prime fase della patologia, quando la perdita visiva è minima. Le nostre scoperte ci potrebbero consentire di diagnosticare la malattia dieci anni prima .

"Diagnosticare il glaucoma precocemente – ha spiegato Francesca Cordeiro, professoressa presso il Dipartimento di Oftalmologia dell'Università di Londra – è fondamentale perché i sintomi non sono sempre evidenti. […] Anche se non possiamo curare la malattia, il nostro test consente di iniziare i trattamenti prima che si manifestino i sintomi. In futuro questo test potrebbe essere utilizzato anche per diagnosticare altre malattie neurodegenerative".

Una diagnosi tempestiva consente di iniziare prima i trattamenti, evitando sin dai primi segni retinici che il campo visivo venga danneggiato. Lo stesso test potrebbe un giorno forse servire per una diagnosi tempestiva di malattie neurologiche quali il Parkinson, l'Alzheimer e la sclerosi multipla.

Attualmente, secondo l'OMS, il glaucoma colpisce 55 milioni di persone ed è la seconda causa di cecità irreversibile al mondo. Si stima che 25 milioni di persone abbiano già perso la vista per questa patologia.

[1] Cordeiro MF, Normando EM, Cardoso MJ, Miodragovic S, Jeylani S, Davis BM, Guo L, Ourselin S, A'Hern R, Bloom PA, "Real-time imaging of single neuronal cell apoptosis in patients with glaucoma", Brain. 2017 Apr 26. doi: 10.1093/brain/awx088. [Epub ahead of print]



Glaucoma e apoptosi retinica (Fonte Brain, copyright Cordeiro MF *et al.*)

SE IL CAFFÈ DILATA LA PUPILLA

Il diametro pupillare cresce: la caffeina può influenzare le prestazioni visive

Vizi e virtù del caffè vengono periodicamente evidenziati dalle ricerche scientifiche. Grazie a un nuovo studio internazionale – pubblicato su *Eye* lo scorso aprile[2] – è stato possibile valutare l'aumento del diametro della pupilla in seguito all'assunzione di caffeina. Quest'ultima può influenzare le prestazioni visive incidendo sull'accomodazione.

Cinquanta persone hanno partecipato allo studio, con un'età compresa tra i 19 e i 25 anni. Venivano selezionate casualmente persone che, in giorni diversi, consumavano una bevanda che conteneva 250 mg di caffeina, pari a circa tre tazze di caffè[3], oppure era un placebo (tipo decaffeinato, *ndr*).

Il diametro pupillare è stato misurato a 30, 60 e 90 minuti dall'assunzione, osservando sempre un suo incremento significativo quando nella bevanda era presente caffeina: dopo un'ora e mezzo si è passati mediamente da una pupilla di 3,4 millimetri ai 4,5 mm (+32,36%).

Verificandosi una variazione dell'accomodazione, ci potrebbero essere problemi nella corretta messa a fuoco. Tuttavia bisogna considerare che nell'esperimento è stato utilizzato un dosaggio elevato di caffeina. Invece un solo espresso potrebbe avere effetti trascurabili sul visus mentre, per converso, può mi-

[2] Abokyi S, Owusu-Mensah J, Osei KA, "Caffeine intake is associated with pupil dilation and enhanced accommodation", Eye (Lond). 2017 Apr;31(4):615-619. doi: 10.1038/eye.2016.288.

[3] Secondo l'EFSA l'espresso contiene indicativamente 80 mg di caffeina (anche se tale quantità può variare a seconda dei Paesi, della qualità e delle modalità di preparazione), *ndr*

gliorare l'attenzione e i riflessi alla guida, per cui gli automobilisti possono trarne un evidente vantaggio.

Com'è noto, la caffeina è un neurostimolante (alcaloide): raggiunge il circolo sanguigno entro una trentina di minuti dalla sua assunzione. Quindi si diffonde in tutto il corpo, poi viene metabolizzata ed escreta attraverso le urine. La sua emivita media nel corpo è di 4 ore (ma le stime variano dalle 2 alle 10 ore). Generalmente viene sconsigliato di superare le 3-4 tazzine al giorno.

Scrive lo *European Food Information Council* (EUFIC): "Dosaggi di 100-600 mg di caffeina accelerano e rendono più chiari i pensieri, oltre a migliorare la coordinazione generale del corpo. Tra gli aspetti negativi, la caffeina può provocare irrequietezza e perdita del controllo motorio fine. Quantitativi superiori ai 2000 mg possono causare insonnia, tremori e un'accelerazione del respiro. Questi sintomi vengono talvolta osservati a dosaggi inferiori. Tuttavia, la sua tolleranza aumenta col suo consumo regolare per molti di questi effetti: le proprietà stimolanti della caffeina riguardano meno i consumatori abituali di caffè rispetto ai consumatori occasionali".

"La caffeina – prosegue l'EUFIC – ha molti altri effetti acuti. Stimola il rilascio di cortisolo e di adrenalina, che causa un incremento della pressione sanguigna e un'accelerazione del battito cardiaco. Possiede anche effetti diuretici, provoca il

FREQUENCY OF EVIDENCE-BASED SCREENING FOR RETINOPATHY IN TYPE 1 DIABETES

The New England Journal of Medicine[4]

Razionale

Le linee-guida USA e UK raccomandano una frequenza annuale di screening della retinopatia diabetica nei pazienti con diabete di tipo 1, dopo 5 anni dalla diagnosi. Tuttavia il lento sviluppo della complicanza fa sì che spesso non ci sia progressione di malattia da un anno all'altro, suggerendo che i controlli siano troppo ravvicinati, anche dal punto di vista dei costi per il paziente e per le strutture sanitarie.

Obiettivo

Stabilire intervalli di *screening evidence-based* più distanziati di quelli annuali senza aumentare il rischio di sviluppare retinopatia ad alto rischio (proliferante e/o edema maculare).

Metodi

Le retinografie raccolte durante lo studio DCCT/EDIC sono state usate per costruire un modello markoviano di progressione della retinopatia a partire dai diversi stadi di gravità (retinopatia assente, non proliferante lieve, moderata o grave) e considerando i livelli di emoglobina glicata riscontrati all'ultimo screening precedente. L'intervallo di osservazione era di 23,5 anni (max 28,7).

Risultati

L'intervallo di tempo necessario perché il 5% dei pazienti sviluppasse retinopatia proliferante o edema maculare diabetico era di 4 anni se al controllo precedente la retinopatia era assente, 3 anni se era lieve, 6 mesi se era moderata e 3 mesi se non proliferante grave (o preproliferante). Gli Autori pertanto propongono che lo screening successivo possa essere effettuato con gli stessi intervalli in base alla presenza/gravità della retinopatia riscontrata. È stato inoltre osservato che il rischio di sviluppare retinopatia proliferante o edema maculare diabetico aumentava da 1% in 5 anni nei pazienti con HbA1c di 6,0%, a 4,3% in 3 anni se l'HbA1c era 10%.

Conclusioni

Nella simulazione, personalizzare gli intervalli di screening come descritto permetterebbe di ridurne la frequenza del 58%, ammettendo che nel 5% dei pazienti si possa sviluppare una retinopatia grave, con

[4] Fonte originale: DCCT/EDIC Research Group., Nathan DM, Bebu I, Hainsworth D, Klein R, Tamborlane W, Lorenzi G, Gubitosi-Klug R, Lachin JM., "Frequency of Evidence-Based Screening for Retinopathy in Type 1 Diabetes", N Engl J Med. 2017 Apr 20;376(16):1507-1516. doi: 10.1056/NEJMoa1612836. Si veda anche: Rosenberg JB, Tsui I., "Screening for Diabetic Retinopathy", N Engl J Med 2017;376:1587-1588

rilassamento bronchiale, aumenta la produzione degli acidi gastrici e accelera il metabolismo"[5]. ●

CRESCONO I PROBLEMI VISIVI IN ETÀ PRESCOLARE

Studio americano su bambini dai 3 ai 5 anni con proiezioni fino al 2060: in aumento i piccoli ipovedenti

È in aumento il numero dei bimbi tra i 3 e i 5 anni con problemi visivi che causano ipovisione. Un nuovo studio americano prevede che, tra il 2015 e il 2060, ci sarà un incremento di oltre un quarto dei casi nei soli Stati Uniti (+26,3%), passando da oltre 174 mila bambini ipovedenti affetti da vizi refrattivi non corretti (forte miopia, ipermetropia, astigmatismo) e/o occ-

una riduzione dei costi stimata a circa 1 miliardo di dollari nell'arco di 20 anni nel contesto statunitense.

Commento editoriale della SID

Seppur nobilitato dall'importanza del gruppo che lo ha prodotto e della rivista che lo ha pubblicato, questo è l'ultimo di una serie di lavori che, nel nome di una "medicina personalizzata", tendono a perdere di vista il paziente come persona. Algoritmi ancora più complessi propongono sorte di "carte del rischio" per lo screening della retinopatia, sulla base delle caratteristiche cliniche individuali, e indicano intervalli di richiamo diversificati in termini di anni, mesi e giorni[6].

I punti di forza del lavoro sono la numerosità campionaria (quasi 24.000 osservazioni), la completezza dei dati clinici disponibili, il lungo *follow-up* di uno studio strutturato come DCCT/EDIC[7] e l'uso delle retinografie 7 campi stereo come da protocollo ETDRS[8]. Tutto ciò ha permesso di ricostruire un modello temporale della storia naturale della retinopatia nel diabete tipo 1, almeno per quanto riguarda una coorte nordamericana diabetica dagli anni '80. I dubbi sono: è accettabile che il 5% dei pazienti sviluppi retinopatia grave? Lo screening dovrebbe servire a identificare gli stadi che precedono le forme più gravi, in modo da intervenire con mezzi più efficaci e meno costosi. In effetti, l'editoriale di accompagnamento rileva che la stima di un miliardo di dollari di risparmio andrebbe verificata con una analisi formale costi-benefici. Inoltre, programmare controlli a 4 anni di distanza significa come minimo fornire al paziente un messaggio di scarsa importanza del controllo stesso. Vanno inoltre considerati i problemi pratici per il paziente di ricordare date così lontane e per l'ambulatorio di organizzare i richiami.

Le nostre linee-guida SID-AMD[9] raccomandano (forza A basata su evidenze di livello VI) intervalli di screening ogni 2 anni se la retinopatia è assente all'ultimo controllo, 1 anno se lieve, 6 mesi o direttamente invio a consulenza se si riscontra retinopatia moderata o più grave. Credo che per ora sia ragionevole mantenere almeno queste cadenze, considerando che lo screening della retinopatia diabetica rimane una pratica assai poco frequentata in Italia. ●

(*A cura di Massimo Porta, per il Gruppo di Studio Complicanze Oculari del Diabete*)

[5] Fonte: www.eufic.org/en/whats-in-food/article/caffeine-and-health

[6] Aspelund T, Thornórisdóttir O, Olafsdottir E, et al. Individual risk assessment and information technology to optimize screening frequency for diabetic retinopathy. Diabetologia 2011;54: 2525-32

[7] *The Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) and *Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications* (EDIC: *Follow-up Study*), *ndr*

[8] *Early Treatment Diabetic Retinopathy Study, ndr*

[9] Società Italiana di Diabetologia-Associazione Medici Diabetologi, *ndr*

chio pigro (ambliopia bilaterale) a più di 220 mila piccoli con gli stessi problemi visivi, principalmente ispano-americani.

Una diagnosi precoce è fondamentale per evitare futuri problemi o danni oculari, soprattutto se si tratta dell'occhio pigro: se non viene individuato per tempo può impedire il corretto sviluppo dei circuiti cerebrali perché solo l'occhio dominante fornisce informazioni alla corteccia cerebrale visiva (mentre l'altro viene "disattivato"). Infatti una buona visione stereoscopica è importante per una buona qualità della vita.

Riabilitazione visiva al Polo Nazionale presso il Gemelli (Roma)

Secondo i ricercatori di Los Angeles e di Seattle, che hanno pubblicato la loro ricerca su *Jama Ophthalmology*[10]: "I problemi visivi nella prima infanzia possono danneggiare significativamente lo sviluppo della funzione visiva, motoria e cognitiva e portare a conseguenze psicosociali avverse". Quindi, concludono, "Questi dati suggeriscono che un'alta proporzione di bambini in età prescolare vive un'inutile perdita della vista che potrebbe essere prevenuta mediante una diagnosi precoce e la correzione di un errore refrattivo significativo"[11].

RETINOPATIA DIABETICA, SCREENING ANCHE CON TELEMEDICINA

Si può effettuare una diagnosi a distanza grazie alle foto del fondo oculare

La telemedicina viene in soccorso di chi è diabetico: il controllo della salute retinica può essere effettuato anche a distanza con le foto del fondo oculare. Questo può essere un vantaggio soprattutto se ci si trova in aree lontane dalle strutture sanitarie oppure se lo screening coinvolge un ampio numero di persone. Si pensi che la retinopatia diabetica – con i relativi danni al tessuto retinico provocati da alterazioni dei vasi – è ancora considerata oggi la prima causa di cecità in età lavorativa nei Paesi più sviluppati.

Negli Stati Uniti un gruppo di ricercatori universitari ha analizzato circa 24 mila esami retinici ottenuti in un trentennio, a cui hanno partecipato indicativamente 1400 persone[12].

Secondo questa nuova ricerca – pubblicata sul *New England Journal of Medicine*[13] – le persone affette dalla forma più grave di diabete (il tipo 1, che richiede somministrazione d'insulina) dovrebbero sottoporsi a controlli oculistici mirati a diagnosticare la presenza di una retinopatia diabetica, con una periodicità variabile a seconda del grado di rischio invece di recarsi automaticamente a "un controllo annuale attualmente raccomandato".

I due parametri principali di cui i medici dovrebbero tenere conto sono, da un lato, il grado di retinopatia eventualmente presente e, dall'altro, il livello di emoglobina glicata (che fornisce l'andamento della glicemia degli ultimi 2-3 mesi grazie a un prelievo sanguigno). Queste sono le conclusioni dei ricercatori statunitensi indirizzate, in particolare, agli oculisti.

[10] Varma R, Tarczy-Hornoch K, Jiang X, "Visual Impairment in Preschool Children in the United States: Demographic and Geographic Variations From 2015 to 2060", JAMA Ophthalmol. 2017 May 4. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2017.1021 [Epub ahead of print]

[11] nel 2015 l'avevano circa il 69% dei piccoli ipovedenti americani, *ndr*

[12] *Diabetes Control and Complications Trial and its follow-up, the Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications study* (DCCT/EDIC), *ndr*

[13] DCCT/EDIC Research Group., Nathan DM, Bebu I, Hainsworth D, Klein R, Tamborlane W, Lorenzi G, Gubitosi-Klug R, Lachin JM, "Frequency of Evidence-Based

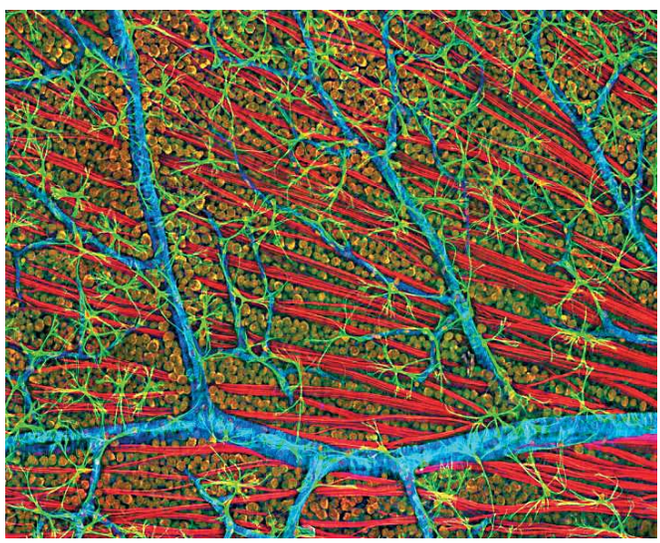
Dal canto suo l'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus, assieme ad altre organizzazioni – come Diabete Italia, la SOI, la SIMG[14], il CEIS (Università di Tor Vergata), l'IBDO[15], la SID[16], l'AMD[17] e la FAND[18] – auspica una migliore azione pubblica preventiva. Ciò comprende un più diffuso ricorso alla retinografia, con le sue foto del fondo oculare che consentono una diagnosi tempestiva, ai fini della prevenzione e del controllo dalla retinopatia diabetica, anche ricorrendo alla diagnosi a distanza. Infatti si legge nelle linee guida italiane sulla retinopatia diabetica: "È anche ipotizzabile, in particolari situazioni ed aree geografiche, l'utilizzo di tecnologie di telemedicina che consentirebbero la trasmissione e la refertazione a distanza da parte di centri di riferimento qualificati. In tale contesto, la cartella clinica elettronica (adeguatamente strutturata con dati clinici condivisi e codificati) rappresenta un utile metodo di comunicazione tra i sanitari coinvolti nella cura del paziente. Il rapporto diretto e continuativo esistente fra medico di famiglia e cittadino può favorire la precoce individuazione delle complicanze secondarie al diabete e portare, nel tempo, ad una netta riduzione degli esiti più gravi come la cecità".

Quindi in queste linee guida si adduce come modello di riferimento il Regno Unito, ormai dotato di una rete integrata di strutture dedicate allo screening della retinopatia diabetica, nel quadro di un piano nazionale di prevenzione della cecità. Dunque anche il Sistema sanitario nazionale italiano dovrebbe agire più efficacemente, in modo più organizzato e omogeneo, per prevenire e gestire al meglio i diabetici, assicurandosi che effettuino regolarmente degli screening visivi. Questa viene considerata ormai un'indifferibile necessità. A tal fine la IAPB Italia onlus ha promosso una mozione del Senato indirizzata al Governo[19] affinché le persone diabetiche vengano tra l'altro sottoposte a un esame periodico con retinografia senza dilatazione della pupilla (in miosi), nell'ambito di una gestione più ampia del paziente. Preservare anche la salute retinica è infatti fondamentale per tutelare la qualità della vita. ●

BASTONCELLI TRASFORMATI IN CONI PER VIA GENICA

Tecnica utilizzata per trattare topi di laboratorio affetti da retinite pigmentosa

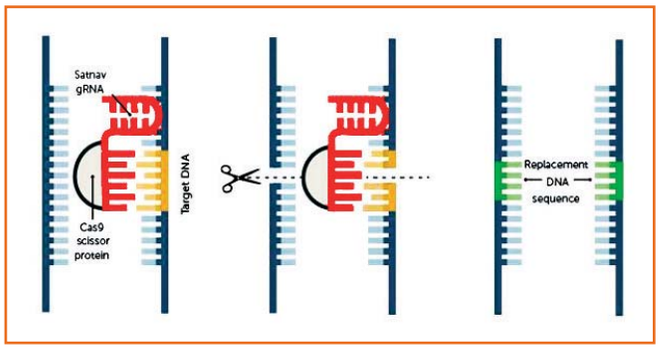
Trasformare i bastoncelli in coni per salvare la retina dalla degenerazione causata dalla retinite pigmentosa. Questa è la strategia terapeutica a cui hanno fatto ricorso ricercatori cinesi e californiani (a San Diego, dove si trova una sede dell'Università della California) per "curare" la vista di topolini affetti dalla malattia genetica oculare.



Retina murina al microscopio elettronico
(Credits: National Center for Microscopy and Imaging Research-UC San Diego, Usa)

Se quest'approccio avrà successo – per ora è stato testato solo su due cavie animali geneticamente modificate – si aprirà una strada terapeutica interessante per le persone affette dalla più comune patologia rara a carattere oftalmico.

[14] Società Italiana di Medicina Generale
[15] l'Italian Barometer Diabetes Observatory
[16] Società Italiana di Diabetologia
[17] Associazione Medici Diabetologi
[18] Federazione Associazione Nazionale Diabetici Screening for Retinopathy in Type 1 Diabetes", N Engl J Med. 2017 Apr 20;376(16):1507-1516. doi: 10.1056/NEJMoa161283
[19] Riportata in questo numero, *ndr*



Tecnica CRISPR-Cas9

I ricercatori hanno fatto ricorso alla tecnica di *editing* genetico CRISPR/Cas9 che consente di sostituire più precisamente le sequenze "errate" del DNA[20], inserendo al loro posto quelle sane[21].

I risultati di questa ricerca di frontiera sono contenuti in una lettera pubblicata su *Cell Research*[22], un'accreditata rivista scientifica internazionale del gruppo *Nature*. Nel numero del 21 aprile i ricercatori sostengono di "aver ripristinato la funzione visiva in due modelli murini di retinite pigmentosa".

Tale malattia colpisce circa centomila americani e, nel mondo, una persona su quattromila: le mutazioni genetiche ad essa associate, oltre sessanta, colpiscono generalmente i bastoncelli[23], provocando una disfunzione visiva che peggiora nel tempo. Com'è oggi noto non esiste, allo stato attuale, nessun trattamento efficace contro la retinite pigmentosa. Questa patologia può causare ipovisione e cecità, ma al giorno d'oggi non è ritenuta prevenibile.

RIABILITAZIONE SALVA-VISTA DOPO L'ICTUS

Si può recuperare parte del campo visivo: lo attesta un nuovo studio americano

Dopo un ictus che abbia colpito le aree cerebrali deputate alla visione si possono recuperare le capacità visive grazie alla riabilitazione. Grazie a uno specifico addestramento, l'area del campo visivo inizialmente compromessa – da un quarto a metà della sua ampiezza – può essere opportunamente stimolata e "rieducata".

Uno studio pubblicato su *Neurology*[24] fa luce su questo fenomeno confrontando i risultati di persone che non si sono sottoposte a riabilitazione visiva con un altro gruppo il quale, invece, ha seguito un programma riabilitativo in un centro specializzato.

Training visivo riabilitativo (Credits Susanne Pallo, Usa)

Le persone sottoposte a riabilitazione visiva dopo ictus cerebrale hanno recuperato mediamente circa 108 gradi di campo visivo (tra 17 pazienti), mentre le 5 persone che non hanno svolto esercizi riabilitativi hanno recuperato spontaneamente solo 16 gradi circa. Secondo i ricercatori dell'Università di Rochester (Usa) l'entità del recupero è stata proporzionale all'impegno riabilitativo.

Grazie alla plasticità cerebrale – molto più accentuata quando si è piccoli – è possibile un recu-

[20] mutazioni associate, in questo caso, a una malattia oculare che colpisce la retina a partire dalla sua periferia, causando la perdita della sensibilità periferica e una perdita progressiva della sensibilità retinica in condizioni di poca luce

[21] Tale tecnica potrebbe essere paragonata a un "taglia e incolla" di sequenze di DNA. L'acronimo CRISPR sta per *Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats* (brevi ripetizioni palindrome raggruppate e separate a intervalli regolari). In natura CRISPR e Cas9 formano un complesso che funge da sistema immunitario per i batteri: tra una sequenza ripetuta e l'altra ci sono tratti di DNA che memorizzano quelli di virus che hanno attaccato i batteri. Prendendo questi tratti come stampo, le proteine Cas attaccano proprio i virus che contengono il tratto di DNA memorizzato e lo degradano. Infine si inserisce la sequenza corretta. Dunque tale tecnica si basa principalmente su un meccanismo di difesa dei batteri che permette di modificare i genomi in modo relativamente facile e veloce, *ndr*

[22] Zhu J, Ming C, Fu X, Duan Y, Hoang DA, Rutgard J, Zhang R, Wang W, Hou R, Zhang D, Zhang E, Zhang C, Hao X, Xiong W, Zhang K., "Gene and mutation independent therapy via CRISPR-Cas9 mediated cellular reprogramming in rod photoreceptors", Cell Res. 2017 Apr 21. doi: 10.1038/cr.2017.57

[23] escludendo la fase terminale della patologia retinica degenerativa (retinite pigmentosa), *ndr*

[24] Matthew R. Cavanaugh, MS and Krystel R. Huxlin, "Visual discrimination training improves Humphrey perimetry in chronic cortically induced blindness", Published online before print April 12, 2017, Neurology, doi: http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000003921

[25] Davis A, Baldwin A, Hingorani M, Dwyer A, Flanagan D, "A review of 145234 ophthalmic patient episodes lost to follow-up", Eye (Lond). 2017 Mar;31(3):422-429. doi: 10.1038/eye.2016.225. Epub 2016 Nov 11

pero significativo delle capacità visive. I ricercatori americani ne sono convinti, nonostante si ritenga comunemente che "il danno alla corteccia visiva sia irreversibile".

Le persone colpite da ictus con coinvolgimento delle aree corticali visive possono aspirare a ripristinare quasi le capacità visive originarie addestrandosi a seguire oggetti in movimento, individuare l'orientamento di figure statiche, ecc. Fondamentali, secondo i ricercatori, sono la motivazione e la costanza. Complessivamente i deficit del campo visivo, misurati in questo caso con una nuova metodologia, si possono ridurre mediante una specifica riabilitazione visiva.

LA VISTA CHE RISCHIA SE NON SI TORNA DALL'OCULISTA

UK, studio su oltre 145 mila pazienti con malattie oculari: il glaucoma è il problema principale se non ci si ripresenta a visita

È stato pubblicato uno studio scientifico su *Eye*[25] che fa il bilancio dei dati raccolti su 145.234 persone le quali – presso il *Moorfields Eye Hospital* di Londra – avevano già ricevuto una diagnosi, ma hanno commesso il peccato di non prenotare o di non presentarsi agli appuntamenti successivi. A rischiare la vista sono state soprattutto coloro che avevano ricevuto una diagnosi di glaucoma (14 casi gravi sui 16 identificati).

Le diagnosi formulate erano state le più varie: dai problemi retinici allo strabismo, passando per la cataratta. Il glaucoma è, tuttavia, è la patologia che necessita maggiormente di controlli regolari della pressione oculare e del fondo dell'occhio. Se non è tenuto sotto controllo – in genere con farmaci che abbassano la pressione oculare (colliri ipotonizzanti) – si rischiano gravi danni al nervo ottico: è la seconda causa di cecità irreversibile al mondo e attualmente colpisce, secondo l'OMS, 55 milioni di persone nel mondo. Si è più a rischio se si hanno altri casi in famiglia di glaucoma e si hanno più di 40 anni. In Italia riguarderebbe un milione di persone, ma una persona su due ancora non lo sa.

ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA, ITALIA 12ª AL MONDO

In base a un indice di qualità di *The Lancet*, l'Europa è il continente col maggior numero di nazioni virtuose. I Paesi scandinavi, la Svizzera e la Spagna sono nella *top ten*

Secondo la rivista *The Lancet*[26] tra i primi dieci posti al mondo nell'accesso all'assistenza sanitaria ci sono i Paesi scandinavi. Però brilla anche l'Italia col suo dodicesimo posto, pressoché a pari merito con Giappone e Lussemburgo.

I tre Stati più virtuosi al mondo – secondo questa vasta ricerca internazionale che ha considerato il periodo 1990-2015 – sono le poco popolose Andorra, Islanda e Svizzera. Tra i primi dieci troviamo però anche Paesi europei come Spagna e Olanda (rispettivamente all'ottavo e al nono posto). Dopo di noi si piazzano persino la Francia (15° posto) e la Germania (20°). Si classificano ancora peggio, pur rimanendo nel gruppo dei Paesi di testa, la Gran Bretagna (30°) e gli Usa (35°). Il maggior numero di Stati virtuosi si trova comunque in Europa.

Per costruire la classifica si è considerato anche il tasso di mortalità in 195 Stati: ci si è basati su una lista di 32 malattie potenzialmente molto compromettenti per la nostra salute (gestibili con l'assistenza sanitaria), dal diabete al cancro, dalle malattie cardiovascolari agli ictus.

Nonostante il miglioramento globale nell'assistenza sanitaria, oggi è presente un maggior divario tra i Paesi più virtuosi e gli ultimi. Ad avere spesso cattive performance, anche per scarsità di risorse economiche, sono gran parte degli Stati dell'Africa subsahariana. Neanche l'America Latina e la maggior parte dell'Asia sono però messe particolarmente bene. I progressi maggiori in un quarto di secolo si sono registrati, comunque, in Sud Corea, Turchia, Perù, Cina e Maldive.

[26] GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators, "Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015", Lancet. 2017 May 18. pii: S0140-6736(17)30818-8. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30818-8 [Epub ahead of print]

News dall'Italia

DIABETE, ITALIA SPACCATA IN DUE

Prevalenza nazionale al 5,4%. Calabria, Campania e Lazio le regioni peggiori

Calabria (8,2%), Campania (6,7%) e Lazio (6,6%) sono le tre regioni italiane più colpite dal diabete. Quelle con meno diabetici in rapporto alla popolazione sono, invece, il Trentino Alto-Adige, il Veneto, la Liguria e la Lombardia. Soprattutto grazie a una dieta migliore e a un'attività fisica più regolare.

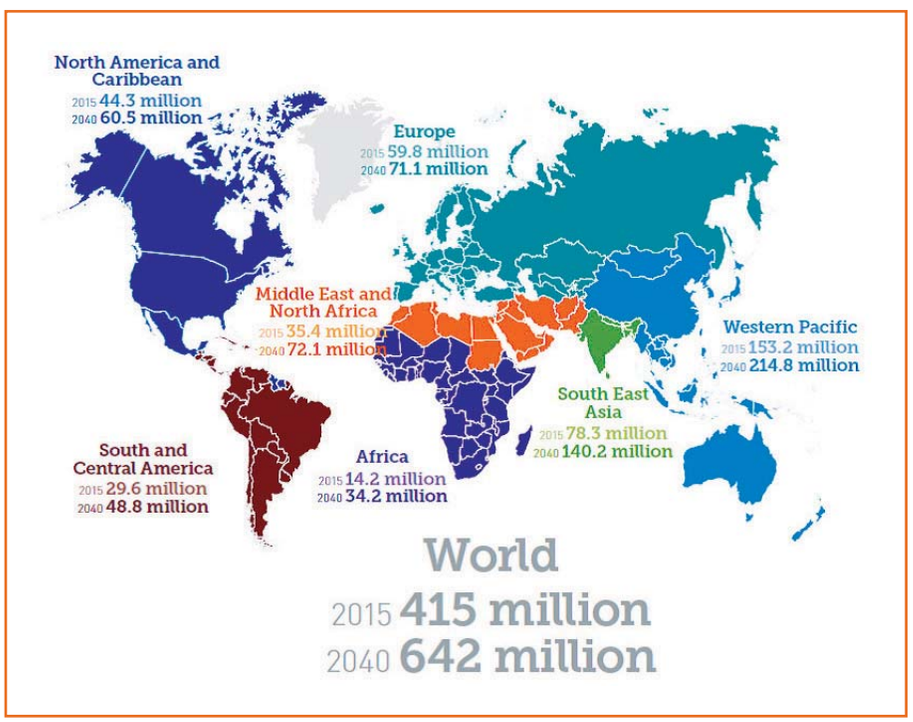
Il 5 maggio 2017 sono stati presentati a Palazzo Valentini questi e altri dati preliminari del progetto internazionale *Cities Changing Diabetes per Roma*[1], volto a studiare il legame fra una malattia cronica come il diabete e la città, promuovendo al contempo nuove iniziative per salvaguardare la salute dei suoi cittadini. Si può infatti prevenire la patologia nella sua forma più comune (il diabete di tipo 2) o, almeno, si può diagnosticare tempestivamente (in particolare il diabete di tipo 1).

Mentre Bolzano e Trento sono città decisamente virtuose, la situazione è molto preoccupante soprattutto a Roma e provincia, dove risiedono più persone con diabete di tutto il Piemonte (286 mila). Gli zuccheri raffinati, i grassi animali e la sedentarietà sono, da questo punto di vista, i principali nemici della salute. Dopo Città del Messico, Copenhagen, Houston, Shanghai, Tianjin, Vancouver, Johannesburg è stata la Città Eterna la metropoli scelta per quest'anno col progetto nato tre anni fa in Danimarca.

Nelle grandi città vivono oggi la gran parte delle persone con diabete di tipo 2. Il diabete, secondo l'OMS, colpisce 422 milioni di persone: si tratta di una "pandemia" e mostra una tendenza alla crescita. Solo in Italia i malati sono più di 3,2 milioni. Oltre a Calabria, Campania e Lazio, superano la prevalenza nazionale del diabete (=5,4%) l'Emilia Romagna, la Sicilia, la Puglia, la Basilicata e il Molise.

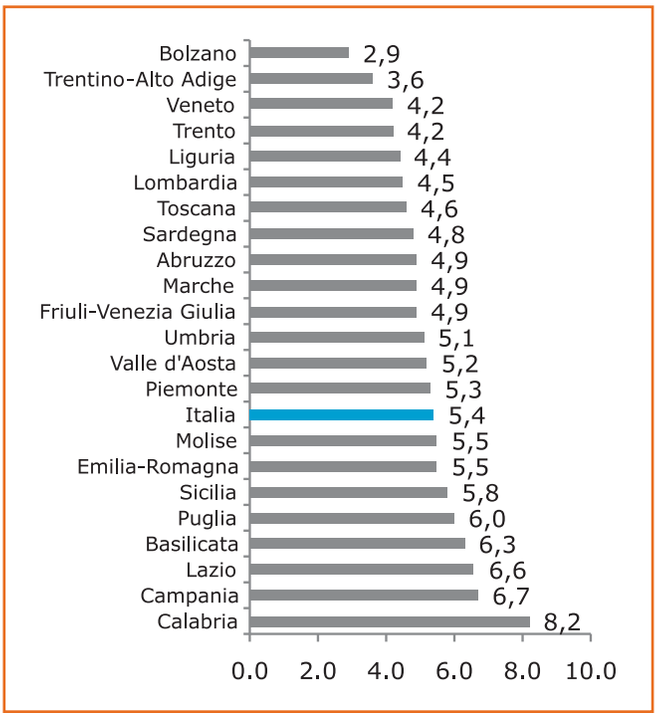
La retinopatia diabetica è una delle numerose complicanze della malattia correlata a una concentrazione eccessiva di zuccheri nel sangue: colpisce circa un terzo dei diabetici. Per prevenire i danni retinici è indispensabile controllare periodicamente la glicemia e sottoporsi regolarmente a visite oculistiche (con controllo del fondo oculare). La maggior parte dei costi del diabete è legata alle sue complicanze e spesso non c'è consapevolezza della malattia. Anche per questo bisogna sempre prestare attenzione alla prevenzione.

Ketty Vaccaro (Censis), coordinatrice di *Roma Cities Changing Diabetes*, ha dichiarato: "Il Lazio e, in particolare, Roma registrano un aumento di obesità e invecchiamento della



Persone con diabete stimate nel 2015 e proiezioni al 2040
(20-79 anni, fonte IDF)

[1] il progetto, a livello nazionale e capitolino, è coordinato dall'*Health City Institute* in collaborazione con il Ministero della Salute, l'Anci, Roma Città Metropolitana, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istat, la Fondazione Censis, *Coresearch, l'Italian Barometer Diabetes Observatory (Ibdo) Foundation, Medi-Pragma* e tutte le Università di Roma, le Società scientifiche del diabete e dell'obesità nonché con associazioni pazienti e di cittadinanza



Prevalenza del diabete nelle regioni italiane (fonte Istat, Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana 2015)

popolazione, entrambi fattori di rischio strettamente legati all'incremento della prevalenza del diabete... Non solo l'obesità, l'invecchiamento della popolazione, la sedentarietà, ma anche fattori sociali come istruzione, accesso alle cure, risorse disponibili incidono fortemente sul suo incremento".

"Nelle città aderenti al programma *Cities Changing Diabetes* – ha spiegato il prof. Andrea Lenzi, Presidente del Comitato di Biosicurezza della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente dell'*Health City Institute* – i ricercatori svolgono ricerche per individuare le aree di vulnerabilità, i bisogni insoddisfatti delle persone con diabete e identificare le politiche di prevenzione più adatte e come migliorare la rete di assistenza. Il tutto nella piena collaborazione tra le diverse parti coinvolte".

L'aumento delle malattie croniche non trasmissibili come diabete e obesità, infatti, è strettamente legato alla crescita della popolazione urbana, fenomeno sociale inarrestabile e apparentemente una tendenza irreversibile, proprio per via del cambiamento degli stili di vita (alimentazione) e di movimento. Dunque in città occorre ricercare persino più attivamente il benessere adottando stili di vita più sani.

CHECK-UP OCULISTICI IN SENATO

Per sensibilizzare le istituzioni alla prevenzione dei danni visivi causati dal diabete, l'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-Sezione italiana ha organizzato controlli oculistici presso il Senato per cinque mercoledì consecutivi (31 maggio e 7, 14, 21 e 28 giugno).

"Il progetto mira a ridefinire – ha spiegato l'avv. Giuseppe Castronovo, Presidente della IAPB Italia onlus – il modello gestionale della retinopatia diabetica, favorendo la prevenzione, la diagnosi precoce e le cure tempestive. Nell'ambito delle iniziative finalizzate alla prevenzione della retinopatia, è stato possibile per i senatori e il personale in servizio sottoporsi ad una visita di controllo con rilevazione strumentale (retinografia senza dilatazione della pupilla)". Questo tipo d'esame è stato effettuato presso l'ambulatorio medico di Palazzo Madama fino al 28 giugno, dalle 10 alle 18.

La retinopatia diabetica è considerata la prima causa di cecità ed ipovisione grave in età lavorativa – convenzionalmente tra i 20 e i 67 anni – nei Paesi di maggior benessere, la quinta causa di cecità prevenibile e il deficit visivo moderato-grave è responsabile[2] del 13 per cento dei casi di grave handicap visivo. Com'è noto, i fattori di rischio che determinano l'insorgenza precoce della retinopatia diabetica e una sua rapida evoluzione sono la durata del diabete, lo scompenso glicemico, in modo particolare l'iperglicemia, e l'ipertensione concomitante. È quanto si legge in una mozione presentata da undici senatori[3].

[2] secondo i dati presentati al Senato nel maggio 2012 dalla SOI

[3] firmata dai senatori L. Bianconi, G. Albertini, F. Anitori, G. E. Bilardi, F. Conte, M. Dalla Tor, U. Di Giacomo, R. Formigoni, B. Mancuso, G. F. M. Marinello, L. Rossi. Il testo integrale dell'atto di sindacato ispettivo è disponibile nel sito ufficiale del Senato della Repubblica (www.senato.it) (Atto n.1-00759), tratto dalla seduta dell'Assemblea del 4 aprile 2017 (n.799). Tale testo è riprodotto nella presente rivista alle pp. 7 e segg., *ndr*

Infatti la IAPB Italia onlus, assieme ad altre organizzazioni – come Diabete Italia, la SOI, la SIMG, il CEIS (Università di Tor Vergata), l'IBDO, la SID, l'AMD, la FAND e Altis *(media partner)* –, ha sollecitato una migliore azione pubblica preventiva per mezzo di un progetto di sensibilizzazione istituzionale intitolato "Retinopatia diabetica: una lotta possibile". Ciò comprende un più diffuso ricorso alla retinografia, con del fondo oculare che consentono una diagnosi tempestiva, ai fini della prevenzione e del controllo dalla retinopatia diabetica, anche ricorrendo alla diagnosi a distanza (come stabilito nelle linee guida italiane sulla retinopatia diabetica).

È anche ipotizzabile, in particolari situazioni ed aree geografiche, l'utilizzo di tecnologie di telemedicina che consentirebbero la trasmissione e la refertazione a distanza da parte di centri di riferimento qualificati. In tale contesto, la cartella clinica elettronica (adeguatamente strutturata con dati clinici condivisi e codificati), rappresenta un utile metodo di comunicazione tra i sanitari coinvolti nella cura del paziente. Il rapporto diretto e continuativo esistente fra medico di famiglia e cittadino può favorire l'individuazione precoce delle complicanze secondarie al diabete e portare, nel tempo, a una netta riduzione degli esiti più gravi come la cecità. Quindi in queste linee guida si adduce come modello di riferimento il Regno Unito, ormai dotato di una rete integrata di strutture dedicate allo *screening* della retinopatia diabetica, nel quadro di un piano nazionale di prevenzione della perdita della vista. "Sono certo – ha concluso l'avv. Castronovo – che il nostro impegno congiunto, volto ad evitare il dramma della disabilità visiva nella persona diabetica, produrrà notevoli risultati non solo sociosanitari, ma anche economici per il nostro Paese"[4].

Ambulatorio di controlli per la retinopatia diabetica

La Senatrice Bianconi

Il Senatore Giovanardi

Il Senatore Santini

[4] La campagna ha beneficiato del contributo non condizionato di Allergan. Invece ricordiamo che la prossima campagna nazionale rivolta a tutti i cittadini si terrà in occasione della Giornata mondiale della vista che si celebrerà il 12 ottobre: per quella data sono previsti check-up gratuiti a fini di prevenzione e diagnosi precoce in molte piazze italiane (per aggiornamenti via e-mail: *www.iapb.it/newsletter*), *ndr*

SE GLI OTTICI FANNO ABUSIVAMENTE GLI OCULISTI, INDAGINE DI 32 PROCURE

All'origine c'è un esposto della Società Oftalmologica Italiana a carico degli ottici: il reato ipotizzato è "abuso della professione medica"

Claudio Laugeri
La Stampa, Torino

La Società Oftalmologica Italiana (SOI) ha dichiarato guerra agli abusivi. Nel mirino ci sono gli ottici che utilizzano macchinari per fare diagnosi da oculisti. Anche se non sono medici. Per questo, il presidente della SOI Matteo Piovella (assistito dall'avvocato torinese Riccardo Salomone) ha firmato 32 esposti finiti ad altrettante procure italiane. Il reato ipotizzato è abuso della professione medica. "Ci siamo presi in carico questa azione, a tutela della sicurezza e della salute visiva del cittadino. Nessuna contrapposizione con gli ottici, per carità, ma ciascuno faccia il proprio mestiere", spiega Piovella.

I macchinari

Per agevolare il lavoro degli inquirenti, la SOI ha allegato alle segnalazioni un elenco delle "attrezzature con utilizzo compatibile da parte dell'ottico": vanno dall'autorifrattometro, al cheratometro, all'oftalmometro, all'ottotipo per lontano e per vicino, al forottero, al misuratore della distanza interpupillare. Poi, ci sono quelle che servono per diagnosticare problemi alla vista, materia affidata ai soli medici. Sono gli schiascopi e i retinoscopi, che prevedono anche l'utilizzo di farmaci per dilatare le pupille; il topografo corneale e il biomicroscopio con lampada a fessura, che possono servire anche agli ottici, ma soltanto per l'applicazione delle lenti a contatto; il tonometro, per misurare la pressione oculare; il pachimetro (misura lo spessore della cornea […]); il perimetro computerizzato o manuale, per l'analisi del campo visivo; l'OCT (tomografo a coerenza ottica), utilizzato "in ambito clinico per la diagnosi e il controllo di gravi malattie vitreoretiniche e per la diagnosi e il controllo di gravi patologie del segmento anteriore dell'occhio"; il retinografo; il conta cellule endoteliale [mediante biomicroscopia, *ndr*]; il pupillometro; test per la valutazione della secrezione lacrimale.

Le denunce

La SOI ha individuato 61 negozi di ottica con macchinari che sarebbero utilizzati in modo improprio. Otto sono a Torino, dove la procura ha avviato un'inchiesta affidata ai carabinieri del Nas (come nel resto d'Italia), che hanno individuato altri sette negozi "fuorilegge". Sul fenomeno, indagano anche le procure di Busto Arsizio, Firenze, Roma, Milano, Genova, Ascoli Piceno, Bari, Bassano del Grappa, Belluno, Benevento, Bergamo, Bologna, Brescia, Cremona, Fermo, Imperia, Parma, Pavia, Pisa, Pistoia, Prato, Treviso, Verona, Vicenza, Lecco, Padova, Pescara, Salerno, Tempio Pausania, Trani e Venezia.

Forottero (foto cortesia di A. Calossi)

Chi ha utilizzato i macchinari in modo improprio rischia l'incriminazione per abuso della professione medica. Qualcuno aveva anche cercato di aggirare il divieto chiedendo a un medico di utilizzare i macchinari in negozio. Procedura vietata dalla legge, anche se punita soltanto con una multa. Il lavoro degli inquirenti, però, non è facile. Molti macchinari sono multifunzione, gli ottici sono abilitati per alcuni utilizzi, ma non per altri: per sostenere l'accusa di abuso della professione medica, è necessario dimostrare che l'ottico ha fatto una diagnosi oppure ha somministrato farmaci.

Qualche anno fa, aveva sollevato polemiche il caso di un bimbo di tre anni che aveva rischiato di perdere la vista da un occhio, proprio a causa di un esame di controllo fatto da un ottico e mai approfondito da un medico. Il bimbo era strabico, è stato salvato da un'operazione chirurgica. Ma l'ottico non l'aveva capito. Anche perché non era il suo mestiere.

POLO NAZIONALE, RINNOVATA LA COLLABORAZIONE CON L'OMS

Accordo valido fino a maggio 2020: dalla riabilitazione visiva alla prevenzione, passando per l'assistenza psicologica agli ipovedenti

È un *unicum* come Centro di Collaborazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel campo della prevenzione della cecità e della riabilitazione visiva. Si tratta del Polo Nazionale, che ha appena rinnovato un accordo con l'OMS per ulteriori tre anni (fino al primo maggio 2020).

Il Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva degli Ipovedenti – che ha sede presso il Policlinico A. Gemelli di Roma – si occupa di persone che hanno subito un'importante riduzione della vista: grazie alla riabilitazione visiva possono migliorare significativamente la propria qualità della vita. Il Centro si avvale di figure professionali che compongono

Riabilitazione visiva di maculopatica al Polo di Roma

PARTITO IL CORSO IN RIABILITAZIONE VISIVA

Il 9 maggio è stato inaugurato a Chieti il corso di perfezionamento dell'Università Leonardo da Vinci col Polo Nazionale

È partito il 9 maggio a Chieti e proseguirà sino a dicembre 2017 un corso di perfezionamento per diventare esperti in riabilitazione visiva. Dopo l'inaugurazione, che si tenuta alla presenza dell'assessore alla sanità della Regione Abruzzo, sono cominciate tempestivamente le attività didattiche.

Il percorso formativo si svolge sia online – su una piattaforma telematica dedicata – sia con lezioni frontali che si tengono presso l'Università G. d'Annunzio di Chieti-Pescara. Se completato con profitto, darà diritto a 20 crediti formativi universitari (pari a 500 ore). Può frequentarlo chi già possiede una laurea in medicina, in professioni sanitarie, servizio sociale o psicologia.

Dalla neuroplasticità alle diagnosi, passando per la riabilitazione visiva attraverso un percorso multidisciplinare (ossia seguito da specialisti con diverse competenze): sono tanti gli argomenti che saranno affrontati nel corso dell'anno.

Il corso annuale è organizzato dall'Università Leonardo da Vinci (Campus online dell'Università d'Annunzio), in stretta collaborazione col Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva oltre che con una ASL abruzzese (ASL02). All'inaugurazione è intervenuto, tra gli altri, il Vicepresidente della IAPB Italia Michele Corcio, che si è concentrato sugli aspetti normativi dell'ipovisione e della riabilitazione visiva. Il corso è coordinato dal Prof. Leonardo Mastropasqua (Università di Chieti-Pe-

Il dott. Filippo Amore, Direttore del Polo Nazionale

un'équipe multidisciplinare: oculisti, ortottisti, psicologi, istruttori d'orientamento e mobilità, ecc.

Generalmente gli ipovedenti vengono addestrati a sfruttare al meglio il proprio residuo visivo e sono seguiti anche sul piano psicologico. Una volta avviata la riabilitazione, in alcuni casi gli esercizi si potranno continuare anche a casa utilizzando il proprio computer: è la teleriabilitazione domiciliare, che il Polo Nazionale ha messo a punto grazie a un attento lavoro di diversi specialisti.

Tra i nuovi obiettivi del Centro di collaborazione OMS compare anche una nuova versione di un questionario internazionale a carattere psicologico. In sostanza chi si reca in un centro accreditato d'ipovisione e riabilitazione visiva potrà ricevere, in futuro, un'eventuale diagnosi di depressione/ansia correlata a un'importante riduzione della vista. In questo caso le terapie riabilitative potranno essere "modellate" sullo stato psicologico del singolo soggetto.

Il Polo Nazionale è un centro d'ipovisione all'avanguardia fondato e gestito dall'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus. Inaugurato alla fine del 2007, è operativo sin dal 2008. È divenuto Centro di collaborazione OMS nel 2013. Il 26 maggio è stato nominato Direttore del Polo il dott. Filippo Amore.

scara), che ha tenuto una lezione inaugurale incentrata sulle nuove tecnologie in oftalmologia, come il femtolaser e la chirurgia robotica. Tra i docenti si segnalano molti professionisti che lavorano presso il Polo Nazionale della IAPB Italia onlus, tra cui il Dirigente medico Filippo Amore, l'oculista Simona Turco e gli ortottisti Valeria Silvestri e Marco Sulfaro. Vicepresidente del corso è il Prof. Filippo Cruciani, coordinatore scientifico del Polo, che nella stessa occasione si è occupato di definire l'ipovisione e dell'inquadramento clinico-riabilitativo dei pazienti ipovedenti.

L'avv. Giuseppe Castronovo, Presidente della IAPB Italia onlus, ha commentato: "Questa amara realtà sociale dell'ipovisione – quasi sconosciuta alla società e alle istituzioni – secondo attuali metodi scientifici merita un'attenzione particolare mediante interventi riabilitativi che riguardano il migliore utilizzo del proprio residuo visivo. Questa metodologia consolidata migliora notevolmente le condizioni relazionali dell'ipovedente, dandogli sicurezza psicologica e, quindi, una maggiore autonomia nel suo vivere quotidiano (anche a scuola o al lavoro)".

CENTRI DI RIABILITAZIONE, OCCHIO ALLE NORME

di Michele Corcio

Vicepresidente dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus

Da diversi anni c'è un'intensa collaborazione con l'Abruzzo – in particolare con il Comitato regionale della IAPB Italia onlus, che ha una propria Unità mobile oftalmica[5] – la cui attività si avvale della Collaborazione della Clinica oculistica dell'Università di Chieti-Pescara, riconosciuta come Centro di eccellenza in Oftalmologia. Oltretutto l'Abruzzo è stato definito anche Regione della vista per questo suo particolare impegno in favore delle attività di prevenzione e, quindi, anche di tutela della salute. Non a caso

[5] A suo tempo donata da imprenditori stessa Regione

in questa stessa Regione – tra il 2015 e il 2016 – abbiamo attuato (l'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus, ndr) la seconda fase sperimentale del progetto epidemiologico sulle patologie oculari, la cui prima fase pilota era stata attuata nella provincia di Latina e che, negli scorsi due anni, si è dispiegata in Abruzzo avvalendosi proprio della collaborazione del Centro di eccellenza oftalmologica dell'Università di Chieti-Pescara, sotto la direzione del prof. Leonardo Mastropasqua.

L'insieme di tutte queste condizioni pregresse ha favorito anche l'avvio di un corso di formazione per riabilitatori visivi: si vuole far decollare un modello riabilitativo del Polo Nazionale Ipovisione di Roma e, quindi, parliamo di un approccio multidisciplinare. Questo corso di formazione viene attuato dall'Università telematica Leonardo da Vinci – che fa capo all'Università Gabriele D'Annunzio di Chieti-Pescara –: è un corso della durata di 500 ore che viene articolato in lezioni frontali e in moduli on-line. Tra i docenti vi sono tutti gli operatori del nostro Polo Nazionale (oculisti, ortottisti, una neuropsichiatra infantile, una nostra psicologa…). Questo corso è stato inaugurato il 9 maggio alla presenza dell'assessore regionale della sanità della Regione Abruzzo Silvio Paolucci e del Direttore[6]*.*

Personalmente ho tenuto la prima lezione sugli aspetti normativi e sulla loro evoluzione. Questo perché, dovendo preparare dei riabilitatori che dovranno operare presso il Centro di riabilitazione di Chieti, era necessaria una formazione di base sulla normativa riferita ai disabili visivi, sia quella pregressa che quella attuale (che si è venuta evolvendo anche alla luce dei nuovi Livelli Essenziali d'Assistenza).

Quindi siamo partiti col chiarire il vecchio concetto di cecità legale e abbiamo illustrato – insieme al Professor Filippo Cruciani – la legge n.138 del 2001, che ha introdotto, come sappiamo, il concetto d'ipovisione e il riconoscimento dell'ipovedente (grave, medio-grave e lieve). Ho quindi illustrato quali fossero gli aspetti della vita quotidiana che affronta un ipovedente.

Certamente abbiamo dovuto far riferimento anche alla scolarizzazione dei disabili visivi e alla formazione professionale che riguarda il collocamento al lavoro; abbiamo parlato anche della legge sul collocamento mirato dei disabili in genere (L. 68 del 1999) e abbiamo ovviamente evidenziato quali siano le differenze fondamentali tra una persona che non vede (cieco assoluto o parziale) e l'ipovedente, che soffre ancora di notevoli limitazioni nel riconoscimento del suo status e, quindi, di tutte le problematiche connesse.

Questo perché il cieco assoluto è di solito immediatamente riconoscibile e ha delle specificità d'intervento che gli sono proprie. L'ipovedente, invece, non è immediatamente riconoscibile perché può avere una certa autonomia di movimento e di gestione della propria vita; quindi le sue problematiche spesso non sono immediatamente manifeste e riconoscibili. Eppure costituiscono, oggi come oggi, la maggior parte delle persone alle quali deve indirizzarsi la nostra attività riabilitativa. Sappiamo che – secondo certe stime – abbiamo circa un milione mezzo d'ipovedenti in Italia e, quindi, sono quanto mai indispensabili i percorsi riabilitativi che non sono più di carattere semplicemente funzionale, ma globali: riguardano l'intera personalità dell'ipovedente.

Abbiamo parlato dei nuovi LEA pubblicati il 18 marzo, che "caricano", per certi aspetti, di ulteriori competenze i centri di riabilitazione visiva. Abbiamo anche fatto riferimento al nuovo nomenclatore protesico, che ha introdotto delle innovazioni: era fermo al 1999 e la tecnologia dell'epoca si è chiaramente evoluta. Il nuovo nomenclatore – anche grazie all'intensa attività della IAPB e del Polo Nazionale a livello istituzionale – garantisce ai destinatari le tecnologie

[6] Il prof. Leonardo Mastropasqua, *ndr*

più recenti e viene incontro anche ad alcune esigenze di comodità tecnologica. Attualmente è possibile avere i nuovi ritrovati tecnologici. Certo, siccome stiamo parlando di spesa pubblica e, quindi, il legislatore inevitabilmente ha pensato d'inserire dei paletti in queste concessioni e gli standard dei costi. Dopodiché, se l'interessato – in questo caso il disabile visivo – desidera un ritrovato tecnologico esteticamente superiore o ancora più recente, perché più rispondente alle sue necessità, sarà a suo carico la differenza tra il prezzo indicato (il rimborso, la somma massima indicata nella tabella) e il costo reale. Quindi abbiamo fatto un grosso passo avanti: vuol dire che non vi sarà alcuna preclusione verso le nuove tecnologie e, anzi, queste potranno supportare la vita di relazione, di studio e l'attività lavorativa dell'ipovedente. Chiaramente abbiamo dovuto menzionare una serie di leggi che servono a quanti intendono dedicarsi alla riabilitazione visiva e, quindi, alla creazione di un eventuale Centro dedicato agli ipovedenti.

SEMPRE PIÙ ITALIANI CON MALATTIE CRONICHE

Quasi 4 su 10 ne sono affetti. Per *Osservasalute* si sono acuiti i divari sociali anche tra Nord e Sud

Il Belpaese sente tutto il "peso" della malattie croniche: colpiscono quasi quattro italiani su dieci (circa 23,6 milioni di persone), mettendo a dura prova la sostenibilità del nostro Sistema sanitario nazionale (SSN). È quanto si legge nel nuovo *Rapporto Osservasalute* presentato il 10 aprile 2017 al Policlinico A. Gemelli di Roma, alla presenza del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

Nello studio emerge un aumento del divario Nord-Sud anche sul piano della salute, con riflessi evidenti sull'aspettativa di vita. Il Meridione dispone di minori risorse economiche, è gravato dalla scarsa disponibilità di servizi sanitari e ha politiche di prevenzione spesso non adeguate alle reali necessità della popolazione. Questa disparità di accesso all'assistenza si riflette in modo sempre più evidente sulla salute delle persone: nel Mezzogiorno è molto più alta la mortalità prematura sotto i 70 anni, indicativa – secondo l'OMS – dell'efficacia dei servizi sanitari.

Ai malati cronici sono destinate gran parte delle ricette per farmaci ed essi affollano più spesso le sale d'attesa degli studi dei medici di famiglia. Analizzando le principali patologie croniche emerge che, nel 2015, il 23,7% dei pazienti adulti soffriva contemporaneamente due o più tra le principali patologie croniche. Per inciso quelle sistemiche che creano i maggiori problemi a livello oculare sono l'ipertensione e il diabete (la retinopatia diabetica è considerata la prima causa di cecità in età lavorativa nei Paesi benestanti).

Si consideri che il 72,1% delle persone con almeno due patologie croniche concomitanti segue più terapie farmacologiche (con 5 o più farmaci differenti). Secondo l'Istat, tra gli anziani dai 75 anni in su almeno una persone su due soffre di artrosi/artrite o ipertensione, il 33,6% d'osteoporosi, il 19,4% di diabete e il 16,4% di depressione o ansia cronica.

Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin con Walter Ricciardi (Presidente ISS) e Alessandro Solipaca

Il *Rapporto Osservasalute 2016* evidenzia importanti e crescenti divari territoriali, in particolare tra Nord e Sud. Può sembrare un'anomalia, ma nel Meridione ci si alimenta mediamente in modo meno sano, più abbondante e si fuma di più soprattutto nelle periferie urbane; tuttavia l'abuso di alcol è più comune al Settentrione (in particolare nel Nord Est).

La carenza di risorse economiche, comunque, non basta a spiegare le differenze tra Meridione, Settentrione e Isole: molte regioni del Nord hanno migliorato la loro performance sanitaria senza aumentare la spesa. Per contro, alcune Regioni del Mezzogiorno, alle quali si aggiunge il Lazio, hanno peggiorato la loro performance pur aumentando le risorse disponibili (rispetto al dato nazionale).

Di seguito alcuni dati e tendenze contenuti nel *Rapporto Osservasalute 2016* sulla popolazione italiana:

- diminuisce il numero degli abitanti del nostro Paese e oltre un italiano su cinque ha più di 65 anni;
- si riducono gli ultracentenari;
- la mortalità si è ridotta in 11 anni: sono cambiate le cause dei decessi (meno morti per problemi di cuore);
- si muore di più per malattie psichiche e infettive;
- stabile la quota di italiani sovrappeso e obesi: complessivamente il 45,1% dei soggetti di età dai 18 anni in su è in eccesso ponderale;
- alcolici: diminuiscono gli astemi e gli astinenti;
- scende la mortalità riconducibile ai servizi sanitari, ma ancora troppe disparità tra Nord e Sud;
- la spesa privata dei cittadini per la salute è in aumento, specialmente al Sud. Tutte le regioni del Meridione e le Isole incrementano la spesa sanitaria privata con valori che oscillano fra +1,74% annui in Campania e +3,53% annui in Basilicata. Le regioni del Centro-Nord, invece, presentano incrementi mediamente più contenuti.

Il Rapporto, pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, è stato coordinato dal Professor Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, il quale ha commentato: "Complici i non sempre perfetti stili di vita e soprattutto la disparità di accesso ai servizi dei cittadini delle diverse regioni le malattie croniche colpiscono gli italiani a un'età sempre più precoce (determinati da fattori di rischio come il sovrappeso o la sedentarietà che riguardano sempre più giovani), il che significa che gli italiani dovranno convivere con queste patologie per un numero di anni sempre maggiore, con conseguente abbassamento della qualità della vita e costi sempre più insostenibili per il SSN".

L'INTERVISTA AL PROF. LENZI

IL DIABETE, UNA MINACCIA GLOBALE ALLA SALUTE

Presidente del Comitato di Biosicurezza della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dell'*Health City Institute* nonché docente di endocrinologia all'Università Sapienza di Roma[7], il Prof. Andrea Lenzi è uno degli esperti presenti al Convegno del 4 aprile presso la Camera dei Deputati (Sala Aldo Moro), organizzato dall'*Italian Barometer Diabetes Observatory*.

Il diabete è una delle principali minacce alla salute globale, tanto che è considerato una pandemia dall'OMS. Cosa si può fare per contrastarlo?

Il problema sanitario del diabete è di mia particolare competenza in quanto endocrinologo: ho nei suoi confronti una particolare attenzione. Però è la classica patologia che non possiamo risolvere solo con la medicina (abbiamo ormai farmaci straordinari che ci consentono di calibrare la terapia sulle necessità del paziente). Eppure, ancora una volta, questo non basta perché **il diabete è anche una malattia sociale, culturale, legata allo stile di vita, all'ambiente e alla salute delle città in particolare.** Tant'è che ormai dobbiamo parlare di diabete nelle città (che è diverso dal diabete degli ambienti agrari o, in qualche modo, dell'ambiente non cittadino).

Quindi bisogna sollecitare l'adozione di stili di vita sani. Però gli italiani disattendono in larga misura la pratica di un'attività fisica regolare…

Assolutamente sì. Noi ormai non possiamo tenere conto del fatto che, già nel 2010, metà della popolazione mondiale viveva nelle città ed è

[7] Oltre a essere professore ordinario, dirige la sezione di Fisiopatologia medica ed Endocrinologia del dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza, *ndr*

Prof. Andrea Lenzi

previsto che, nel 2050, sarà del 70%. Quando i due terzi della nostra popolazione di malati si trova nell'ambiente cittadino non possiamo non notare che i problemi di salute non sono solamente correlati all'alimentazione corretta o non corretta oppure il dare o non dare l'insulina (piuttosto che un'altra terapia per il diabete), ma dobbiamo "praticare" una salute globale. Ciò significa che, fin da bambini, bisogna curare, "aggredire", insegnare e comunicare che il diabete – a differenza di altre malattie non trasmissibili (non contagiose) – ha invece un'eziologia, cioè una causa, determinata fortissimamente dallo stile e dall'ambiente di vita. Bisogna considerare come la società insegna al bambino e al ragazzo a muoversi, ma anche come affrontare l'enorme disponibilità di cibo. Dobbiamo pensare che noi eravamo degli "animali cercanti", cioè cercavamo – come si dice – di "mettere assieme il pranzo con la cena". Oggi abbiamo i supermercati che straboardano di cibi di qualunque genere, in qualsiasi stagione: a Natale ci sono le fragole, a Ferragosto le castagne, il che significa che l'alimentazione [corretta] è rinviata solamente alla nostra capacità di gestione.

Si può evitare almeno il diabete di tipo 2 (quello alimentare)?

Evitare è difficile. Si può almeno dimezzare: si possono ridurre la sua incidenza e prevalenza e ridurre le complicanze perché sono quelle che uccidono.

Mediante controlli medici regolari e…?

… ed anche un'attenzione a quello che ho detto: educazione ed informazione della popolazione perché ognuno deve diventare medico un po' di se stesso e del proprio vicino! *(g.g.)*

L'intervista al Prof. Solipaca

SE LA SALUTE PAGA UN CONTO SALATO

Mettiamo a fuoco l'importanza della prevenzione e combattiamo i cattivi stili di vita, a partire dalla sedentarietà. Perché col diabete non si scherza e, anzi, si tratta di una patologia in crescita nel mondo, Italia compresa. Ne abbiamo parlato con lo statistico Alessandro Solipaca, Direttore scientifico dell'Osservatorio nazionale salute dell'Università Cattolica di Roma.

Alessandro Solipaca (Direttore scientifico dell'Osservatorio nazionale salute)

L'OMS parla di 422 milioni di persone diabetiche nel mondo. Questi numeri mostrano la tendenza alla crescita?

Sì. I nostri dati ci mostrano questa tendenza alla crescita, a una crescita importante (in particolare in Regioni quali il Lazio, la Val d'Aosta…). Probabilmente questa crescita differenziata potrebbe essere legata all'anticipazione delle diagnosi: come sappiamo il diabete è una malattia silente, quindi molte persone non sanno di averla; però con l'aumento della prevenzione e degli screening probabilmente la patologia può manifestare prima i suoi segni precoci. Alcune differenze regionali possono essere

spiegate così. Altri differenziali possono essere spiegati con gli stili di vita così come pure essere ricondotti al livello socio-culturale della popolazione. Sappiamo che è molto più diffuso nelle classi sociali con un livello d'istruzione più basso. Chiaramente il diabete è anche legato alla struttura demografica: il diabete colpisce di più le persone anziane che quelle più giovani.

Da che età in poi si è soprattutto a rischio?

Il rischio c'è sempre: abbiamo visto che, nelle diverse Regioni, la tendenza è a crescere. Comunque dopo i 45 anni bisogna stare più attenti.

In Italia si parla di circa un milione di persone che non sanno di essere diabetiche…

Bisognerebbe sicuramente fare delle politiche di promozione della prevenzione, sicuramente bisogna agire sugli stili di vita. In Italia un altro fenomeno importante è l'aumento dell'obesità e del sovrappeso.

Quali alimenti bisognerebbe evitare?

Naturalmente noi italiani abbiamo un po' perso la nostra identità: si sta mangiando peggio, con più grassi, e quindi probabilmente è quello su cui bisognerebbe "spingere".

Noi abbiamo notato una **fortissima correlazione tra la sedentarietà e la popolazione con diabete.** Sicuramente questo è un indizio molto forte: bisognerebbe promuovere, già nelle scuole, stili di vita sani e più movimento.

Sicuramente nelle scuole si potrebbero eliminare le dispensatrici di merendine e di grassi saturi. È, in questo caso, una strana schizofrenia di sistema: si promuovono stili di vita non adeguati. Sicuramente dove si mangia in maniera più sregolata c'è un maggiore rischio di avere il diabete. *(g.g.)*

SANITÀ, ITALIA DIVISA IN TRE

Rapporto Eurispes presentato il 16 maggio a Palermo: le liste d'attesa più lunghe sono al Sud, troppe le strutture considerate fatiscenti

Sul piano dell'assistenza sanitaria l'Italia è divisa in tre: al Nord, nonostante i casi problematici, prevale un servizio accettabile, il Centro si colloca in una posizione intermedia, nel Mezzogiorno i disagi sono estremamente frequenti. Lo afferma l'Eurispes, che il 16 maggio a Palermo ha presentato un nuovo Rapporto sul Belpaese.

Presentazione Rapporto Eurispes a Palazzo dei Normanni

Le lunghe attese per visite ed esami sono comuni in tutto il Paese, ma se al Nord-Ovest le ha sperimentate il 49,8%, la quota tocca punte del 93,2% al Sud, e del 90% circa nelle Isole. Per gli interventi chirurgici, le attese sono state sperimentate da meno della metà dei residenti di Centro e Nord-Ovest, ma da oltre il 66% al Sud e nelle Isole.

Netto il divario relativo alle condizioni delle strutture sanitarie. Le definisce fatiscenti il 18% al Nord-Ovest, il 34,5% al Nord-Est, il 46,6% al Centro, il 60% al Sud, il 69,3% nelle Isole. Una tendenza analoga è stata registrata nelle indicazioni relative a strutture igienicamente non adeguate.

Spiega il Presidente dell'Eurispes Gian Maria Fara: "Dallo studio emerge l'immagine di un Paese che sembra non voler esercitare nessuno sforzo in direzione del cambiamento. Il Rapporto conferma, inoltre, che esistono più Italie: una che produce ritardi, lentezze e che non si innova e un'altra che

invece traina l'economia, la produzione, i servizi, con fiducia nel futuro e senso del dovere. Ad una Italia chiusa in se stessa se ne contrappone una che resiste e che si impegna".

SOI, APPUNTAMENTI CON L'OFTALMOLOGIA A 360°

A fine maggio a Milano quattro giorni "intensivi" al 15° Congresso internazionale della Società Oftalmologica Italiana

Dal 24 al 27 maggio a Milano si è svolto il 15° Congresso internazionale della Società Oftalmologica Italiana (SOI). Numerosi i corsi, i master e i simposi tenuti da oculisti e autorevoli docenti universitari: dalla cataratta al glaucoma, passando per la chirurgia vitreoretinica e le tecniche laser più sofisticate. Tra le innumerevoli sessioni segnaliamo quelle dedicate a "semeiotica hitech in oftalmologia pediatrica", "corso avanzato di biometria", "miopia e strabismo". È stata proposta anche quest'anno la chirurgia in diretta.

Realtà d'avanguardia sono, inoltre, la riabilitazione visiva domiciliare via web e la cartella sanitaria elettronica. Su entrambi questi argomenti sono intervenuti esperti del Polo Nazionale per la Riabilitazione Visiva di Roma. In particolare segnaliamo, per il 24 maggio, le seguenti relazioni: "Cartella Elettronica Informatizzata in un Centro di Riabilitazione Visiva: 2 anni di attività" (F.M. Amore, M. Guidobaldi, P. Piscopo, V. Silvestri, M. Sulfaro) e "Progettazione e valutazione *in-office* di un programma di teleriabilitazione domiciliare" (F.M. Amore, F. De Rossi, S. Fortini, S. Paliotta, P. Piscopo, V. Silvestri, M. Sulfaro, S. Turco).

Nella giornata del 25 maggio ricordiamo, tra i numerosi eventi, il simposio ASMOOI sullo "Scotoma centrale: maculopatia o neurotticopatia?". Il giorno dopo si è tenuta la relazione del prof. F. Cruciani (coordinatore scientifico del Polo Nazionale) intitolata: "Acuità visiva centrale e deficit del campo visivo", nell'ambito della più ampia sessione dedicata, alla valutazione del danno biologico e dell'invalidità permanente in ambito oftalmologico.

L'avv. Giuseppe Castronovo alla SOI

Congresso internazionale SOI, Milano 24-27 maggio 2017

Il dott. Lucio Buratto ha riferito di un certo malessere presente tra molti medici. Una delle cause è, tra l'altro, la riduzione degli investimenti nella sanità pubblica. Però è importante puntare alle tecnologie più avanzate. "La chirurgia della cataratta, oltre a migliorare la vista e la qualità della vita, riduce – ha affermato l'oculista milanese – la traumatologia grazie alle nuove tecnologie e consente di correggere anche la presbiopia, l'astigmatismo, la miopia…".

Al Congresso ha preso parte anche l'avv. Giuseppe Castronovo, Presidente della IAPB Italia onlus, a cui la SOI conferirà un riconoscimento al successivo Congresso di Roma (29 novembre-2 dicembre 2017) per aver ottenuto – questa la motivazione anticipata dal Consiglio Direttivo della Società Oftalmologica Italiana – "risultati impareggiabili nella prevenzione della cecità evitabile, riconosciuti in tutto il mondo". (Si veda p. 2).

"Il programma scientifico è stato estremamente apprezzato", ha osservato al termine dei lavori il Presidente della SOI Matteo Piovella. "Si sta sempre più consolidando tra le richieste dei nostri soci e le esigenze istituzionali". "Obiettivo della SOI – ha spiegato in precedenza – è quello promuovere e diffondere il continuo aggiornamento scientifico e professionale raggiungendo traguardi di qualità, efficienza ed efficacia, a tutela del medico oftalmologo e del paziente. La Società Oftalmologica Italiana offre un percorso di aggiornamento e un confronto sempre più attuale ed innovativo". ●

IL RITRATTO

L'INNOVAZIONE TARGATA AMERICA

Al dott. Roberto Zaldivar assegnata a Milano la *Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture*

Gli è stata assegnata a Milano, a fine maggio, la Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture in occasione dell'ultimo Congresso internazionale della Società Oftalmologica Italiana. Parliamo del dott. Roberto Zaldivar[8], nato negli Usa a New Haven (Connecticut) nel 1957, quando suo padre si trova negli Stati Uniti per un post-graduate training a Yale. In seguito la sua famiglia rientra in Argentina, dove Roberto cresce e studia. Si iscrive alla facoltà di medicina a 16 anni ed è il primo del suo corso a laurearsi nel 1981 all'età di 22 anni.

Il Dott. Roberto Zaldivar

Nel 1982 vince la Research to Prevent Blindness Scholarship e comincia il percorso di specializzazione. Nel 1983-1984 studia Cataratta e Glaucoma con il prof. Richard Simmons, assistente ad Harvard, presso la New England Glaucoma Foundation a Boston.

Nel 1985 – dopo il ritorno in Argentina – Roberto Zaldivar avvia, con suo padre, uno studio privato specializzato nella chirurgia del segmento anteriore, soprattutto chirurgia refrattiva e della cataratta. Da allora è spesso ospite di convegni internazionali con oltre 150 partecipazioni negli Stati Uniti e in altri Paesi in Europa, Asie Africa. Ha al suo attivo più di 1000 presentazioni a convegni e ha moderato oltre 350 sessioni scientifiche. È autore di innumerevoli articoli in riviste scientifiche peer-reviewed e di molti capitoli di libri di testo, interviste e articoli pubblicati in riviste mensili di oftalmologia.

Uno dei suoi maggiori successi è l'introduzione della tecnologia del laser a eccimeri in America Latina. Un altro suo importante contributo è rappresentato delle innovazioni delle tecniche chirurgiche per l'impianto di IOL nei pazienti fachici. La Bioptics, creata dal dott. Roberto Zaldivar nel 1996, è una procedura refrattiva combinata in cui l'impianto di ICL (Intraocular Contact Lens) è combinato con la LASIK.

Ha contribuito a creare e migliorare le formule di calcolo della potenza delle IOL per la correzione della miopia grave. A partire dal 1991, e sotto la guida del prof. Dan Durrie (Kansas City), il dott. Zaldivar ha costituito un Dipartimento di ricerca e biostatistica per la formazione di colleghi e tecnici, attrezzata con le migliori e più recenti tecnologie. La SOI scrive che il grande afflusso di pazienti, le micro specializzazioni e lo sviluppo costante delle tecnologie di comunicazione fanno sì che questa struttura sia un'eccellenza non solo per l'assistenza e il servizio erogati, ma anche per il numero di procedure chirurgiche eseguite su base settimanale. ●

[8] Intervenuto alla SOI il 26 maggio con la relazione "What is the best platform for the IOLs of the future?", *ndr*

IN ITALIA UN SISTEMA UNIVERSALISTICO DISEGUALE

Censis: si allungano le liste d'attesa ad oculistica, aumenta la spesa privata ma anche la sanità negata

Non si ferma il boom della spesa sanitaria privata. Secondo il Censis la spesa sanitaria privata grava sulle spalle degli italiani per 35,2 miliardi di euro nel 2016, con un aumento del 4,2% in termini reali nel periodo 2013-2016 (un aumento maggiore della spesa totale delle famiglie per i consumi, pari a +3,4% nello stesso periodo). La conseguenza sociale è un gorgo di difficoltà e disuguaglianze crescenti che risucchiano milioni di persone. Sono 13 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno sperimentato difficoltà economiche e una riduzione del tenore di vita per far fronte a spese sanitarie di tasca propria, mentre 1,8 milioni sono entrati nell'area della povertà. È quanto emerge dal Rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute presentato il 7 giugno a Roma.

Tra i cittadini che hanno dovuto affrontare spese sanitarie private, hanno incontrato difficoltà economiche il 74,5% delle persone a basso reddito (ma anche il 15,6% delle persone benestanti), il 21,8% al Nord, il 35,2% al Centro, fino al 53,8% al Sud. E hanno avuto difficoltà ben il 51,4% delle famiglie con al proprio interno una persona non autosufficiente che hanno affrontato spese sanitarie di tasca propria. La spesa sanitaria privata, ormai capillarmente diffusa tra gli italiani, pesa di più su chi ha meno, su chi vive in territori più disagiati e su coloro che più hanno bisogno della sanità per curarsi. E più si invecchia, più si deve mettere mano al portafoglio per pagarsi le cure: fatta 100 la spesa sanitaria privata pro-capite degli italiani, per un anziano si arriva a 146. Un anziano spende di tasca propria per la sanità più del doppio rispetto a un millennial e quasi il 50% in più rispetto a un *babyboomers*.

La spesa sanitaria pubblica si riduce e l'area della "sanità negata" si espande. Una riduzione del valore pro-capite dell'1,1% all'anno in termini reali dal 2009 al 2015: è questo il record di contrazione della spesa sanitaria pubblica italiana segnalato dalla Corte dei Conti, mentre nello stesso periodo in

	2014	2017	Diff. 2014-2017
Visite specialistiche			
- Visita cardiologica	59	67	**+8**
- Visita ginecologica	38	47	**+8**
- Visita oculistica	70	87	**+18**
- Visita ortopedica	48	66	**+18**
Visite diagnostiche			
- Colonscopia	87	93	**+6**
- Mammografia	62	122	**+60**
- Risonanza magnetica	74	80	**+6**

Andamento della lunghezza in giorni delle liste di attesa per alcune prestazioni sanitarie nel periodo 2014-2017
Fonte: indagine Censis, 2017

Francia è aumentata dello 0,8% all'anno e in Germania del 2% annuo. L'incidenza rispetto al Pil della spesa sanitaria pubblica italiana è pari al 6,8%, in Francia si sale all'8,6% e in Germania si arriva al 9,4%. Meno risorse pubbliche per la sanità rispetto al passato e rispetto agli altri Paesi. Intanto sale a 12,2 milioni il numero di persone che nell'ultimo anno hanno rinunciato o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche (1,2 milioni in più rispetto all'anno precedente, pari a un incremento del 10,9%). Il miracoloso recupero di sostenibilità finanziaria del Servizio sanitario di tante Regioni non è stato indolore: meno copertura pubblica, a cui fa da contraltare il più alto ricorso alla sanità pagata di tasca propria. E a chi non ce la fa economicamente non resta che la rinuncia o il rinvio delle prestazioni.

Nel pubblico liste di attesa sempre più lunghe. Circa tre mesi d'attesa per una visita oculistica (87 giorni, contro i 70 giorni del 2014): la maglia nera curiosamente va al Nord-Est (104 giorni), mentre il Sud e le Isole sono più "virtuose" (74 giorni); il Centro e il Nord-Ovest si attestano in parità con un valore intermedio (89 giorni ciascuno).

Sempre secondo il Censis le distanze tra le sanità regionali si ampliano. È vero che circa i due terzi degli italiani (64,5%) sono soddisfatti del Servizio sanitario, ma resta oltre un terzo che è insoddisfatto (35,5%). Al Sud però i soddisfatti sono solo il 47,3%, mentre sono il 60,4% al Centro, salgono al 76,4% al Nord-Ovest e arrivano all'80,9% al Nord-Est. Il 31,8% degli italiani è convinto che nell'ultimo anno il Servizio sanitario sia peggiorato e solo il 12,5% pensa che sia migliorato; tuttavia il 55,7% ritiene che sia rimasto stabile. Al Sud il 38,9% dei cittadini pensa che la sanità della propria regione sia peggiorata, il 13,3% che sia migliorata e il 47,9% che sia rimasta uguale. Al Centro il 34,2% ritiene che sia peggiorata, l'11,4% migliorata e il 54,3% rimasta uguale. Al Nord-Ovest il 25,2% la giudica peggiorata, l'11,8% migliorata, il 63% rimasta uguale. Al Nord-Est per il 26,1% è peggiorata, per il 13,1% è migliorata e per il 60,8% è rimasta uguale. Sono dati che descrivono la sfida di sistemi sanitari locali in evidente traiettoria divaricante, con crescenti disparità nelle opportunità di cura dei cittadini. I quali sempre più spesso sono chiamati a spendere di tasca propria *(Fonte: Censis)*.

SALVIAMO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Occorre combattere con incisività gli sprechi e affrontare l'invecchiamento demografico puntando anche sulla prevenzione. Lo sostiene la Fondazione GIMBE in un nuovo Rapporto

Diversi sono i fattori che oggi minano la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari: il progressivo invecchiamento delle popolazioni, il costo crescente delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, e il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti.

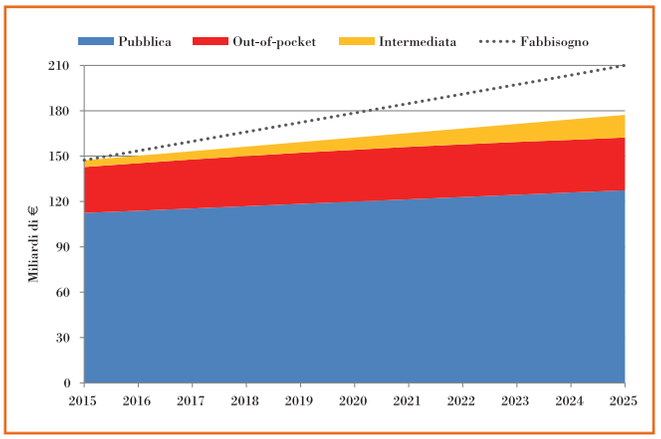
Tuttavia, il problema della sostenibilità non è di natura squisitamente finanziaria, perché un'aumentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere cinque criticità ampiamente documentate nei paesi industrializzati. […]

In tal senso, il dibattito sulla sostenibilità del SSN [Servizio Sanitario Nazionale] continua ad essere affrontato in maniera distorta dalle varie categorie di *stakeholder*[9] che, guardando a un orizzonte a breve termine, rimangono arenati su come reperire le risorse per mantenere lo status quo, allontanando la discussione dalle **modalità con cui riorganizzare il sistema sanitario per garantirne la sopravvivenza**. […]

Il Rapporto analizza quindi in maniera dettagliata le quattro criticità che condizionano la sostenibilità del SSN: definanziamento pubblico, nuovi LEA[10], sprechi e inefficienze e ipotrofia della spesa privata intermediata, e propone le relative soluzioni.

La rivalutazione della prognosi del SSN al 2025 conferma che la cifra necessaria per garantirne la sostenibilità richiede anzitutto l'esplicita volontà di rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, il sistema di *welfare*,

[9] parti coinvolte o interessate, *ndr*
[10] Livelli Essenziali d'Assistenza (prestazioni e servizi "minimi" che in Italia il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini), *ndr*



Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata. Trend stimato 2015-2025 (Fonte GIMBE)

sintonizzando programmazione finanziaria e sanitaria sull'**obiettivo prioritario di salvaguardare la più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico equo e universalistico da garantire alle future generazioni.**

In assenza di un piano politico di tale portata, la graduale trasformazione verso un sistema sanitario misto sarà inesorabile e consegnerà definitivamente alla storia il nostro tanto decantato e invidiato sistema di *welfare*. Ma, se anche questa sarà la strada, la politica non potrà esimersi dal giocare un ruolo attivo, avviando una rigorosa *governance* della delicata fase di transizione con il fine di proteggere le fasce più deboli e di ridurre al minimo le diseguaglianze.

[…] [In conclusione, i] segnali politici devono concretizzarsi in un preciso ed esplicito "piano di salvataggio" del SSN che, secondo le analisi del presente Rapporto, prevede sei azioni fondamentali:

- offrire ragionevoli certezze sulle risorse destinate al SSN, mettendo fine alle annuali revisioni al ribasso rispetto alle previsioni e soprattutto con un graduale rilancio del finanziamento pubblico;
- rimodulare i LEA sotto il segno del *value*, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, destinando quelle dal basso value alla spesa privata e impedendo l'erogazione di prestazioni dal *value* negativo;
- ridefinire i criteri della compartecipazione alla spesa sanitaria e le spese sanitarie detraibili a fini IRPEF, tenendo conto anche del *value* delle prestazioni sanitarie;
- attuare al più presto un riordino legislativo della sanità integrativa;
- avviare un piano nazionale di prevenzione e riduzione degli sprechi, al fine di disinvestire e riallocare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi;
- mettere sempre la salute al centro di tutte le decisioni *(health in all policies)*, in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo economico del Paese, per evitare che domani la sanità paghi con gli interessi quello che oggi appare una grande conquista.

In assenza di un piano politico di tale portata, stando alle analisi effettuate dal presente Rapporto, la graduale trasformazione verso un sistema sanitario misto sarà inesorabile e consegnerà definitivamente alla storia il nostro tanto decantato e invidiato sistema di *welfare*. Ma se anche questa sarà la strada, la politica non può esimersi dal giocare un ruolo attivo, avviando una rigorosa *governance* della delicata fase di transizione con il fine di proteggere le fasce più deboli e di ridurre al minimo le diseguaglianze.

Considerato che i segnali dell'involuzione del SSN e, più in generale, dell'intero sistema di welfare sono già evidenti, in particolare in alcune aree del Paese, i tempi politici per decidere il destino del SSN sono prossimi alla scadenza. […]

Purtroppo il Patto per la Salute 2014-2016, largamente incompiuto, giunge alla sua scadenza in un clima ormai pre-elettorale e, ovviamente, solo dopo l'avvio della prossima legislatura si potrà dare avvio a un nuovo Patto che nella migliore delle ipotesi sarà targato 2019-2021. Ciò non esclude che alcune delle proposte del presente Rapporto possano essere messe in cantiere per evitare che sia ancora una volta "il futuro a doversi prendere cura del SSN"[11]. *(Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti - Fondazione GIMBE[12])*

[11] *House of Lords Select Committee on the Long-term Sustainability of the NHS. The long-term sustainability of the NHS and adult social care*, 2017. Disponibile a: www.publications.parliament.uk/pa/ld201617/ldselect/ldnhssus/151/151.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017

[12] Passi scelti del "2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale", Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile all'indirizzo: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 12 giugno 2017, pp. 3-4, *licenza non commerciale Creative Commons Attribution* (corsivi e grassetti nostri, *ndr*).

Se la prevenzione si tinge di *rom*

Controlli oculistici in un campo nomadi alla periferia di Roma: due oculisti a bordo di un'Unità mobile oftalmica si dedicano principalmente ai bambini

Glauco Galante

Da lontano svettano gli eucalipti e poi, subito all'ingresso, compaiono dei prefabbricati beige di una quindicina d'anni fa, disposti simmetricamente oltre un piccolo piazzale ricoperto da brecciolino bianco. Giungiamo in un campo nomadi dell'estrema periferia di Roma (Prima Porta) assieme a un'Unità mobile oftalmica dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus; la zona, sottoposta a videosorveglianza, è gestita da privati. Appena oltre l'ingresso non c'è il degrado classicamente visibile in altri campi nomadi, come spesso si nota nei servizi televisivi.

Qui il disagio c'è, ma si vede solo in parte. I volti degli adulti sono spesso segnati dalla miseria. Alcuni giovani somigliano a dei "guappi". Accorrono al camper attrezzato tante famiglie con bambini piccoli multicolori. Poco dopo l'allestimento della postazione vengono distribuiti i numeri d'ordine, il tutto sempre in collaborazione con la Comunità di S. Egidio. Due sono gli oculisti a bordo che gestiscono i check-up. Non tutti i rom rispettano la fila (molti sono piccoli), alcuni genitori protestano chiedendo con insistenza che i loro figli vengano sottoposti rapidamente a una visita oculistica gratuita. Qualche ragazzino cerca d'imbrogliare con i numeri. Quando un ragazzo dice di non vederci bene da un occhio, altri ragazzini lo imitano canzonandolo. "Io non ci vedo bene da sotto", scherza un altro giovane.

Storie di viaggi e d'indigenza s'intrecciano nel campo, un puzzle di nazionalità dell'Est europeo. Spiega una madre zigana: "Ci sono molti serbi, mentre prima era più bello: eravamo tanti rumeni. Poi molti sono andati via, anche nel loro Paese". La donna si lamenta: uno schizzo d'olio le è finito nel-

Campagna di prevenzione dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità con la Comunità di S. Egidio in un campo rom

l'occhio destro mentre cucinava ma è già stata visitata presso l'Ospedale Oftalmico di Roma. "Mi hanno detto di mettere un collirio tre volte al giorno", afferma preoccupata.

Queste comunità rom parlano almeno tre lingue: l'italiano, il romané (lingua rom detta anche *romanes*) e l'idioma di provenienza del proprio Paese, che generalmente si trova nei Balcani.

Ci sono molte persone provenienti anche dall'ex Jugoslavia, come Dennis, un ragazzo bruno dai lineamenti mediterranei: "Vengo dal Kosovo, sono nato nel 1991. Sono arrivato da Pristina con la guerra[1], quando ero piccolo. Ricordo che, con i miei

[1] Il conflitto armato si svolse tra il 1996 ed il 1999, riguardante lo status della provincia autonoma serba del Kosovo, *ndr*

genitori, dai barconi venimmo spinti nell'acqua. Ci recuperarono i carabinieri vicino alle coste italiane, con gli elicotteri che ci giravano sopra la testa. Arrestarono anche gli scafisti. Ora ho una moglie e quattro figli. Non ho precedenti, ma non ho ancora la nazionalità italiana (mentre ho il permesso di soggiorno). Sono stato anche in Germania, ma non mi sono trovato bene". "Sono razzisti", aggiunge mentre la voce gli si spegne in gola.

In Italia, invece, qual è la procedura per ottenere la nazionalità? Nadia, un'operatrice umanitaria, denuncia: "In pratica avere la nazionalità italiana è difficilissimo. Si deve dimostrare di avere un lavoro fisso regolare, il che è difficile soprattutto per loro. Neanche i suoi figli minorenni, seppur nati in Italia, hanno questo diritto. E non hanno neanche la nazionalità kosovara. Dunque sono apolidi. C'è un momento in cui potranno diventare cittadini italiani, richiedendolo, [se non cambierà la legge con lo *Ius soli*], solo tra i 18 e i 19 anni d'età"[2].

"Il problema è soprattutto l'istruzione: in molti casi le famiglie rom non mandano i propri figli a scuola, ma questo non avviene qui" nel campo rom di Prima Porta,afferma l'operatrice della Comunità di S. Egidio. Più tardi nel pomeriggio, il 26 aprile 2017, vedremo un paio di pulmini del Comune di

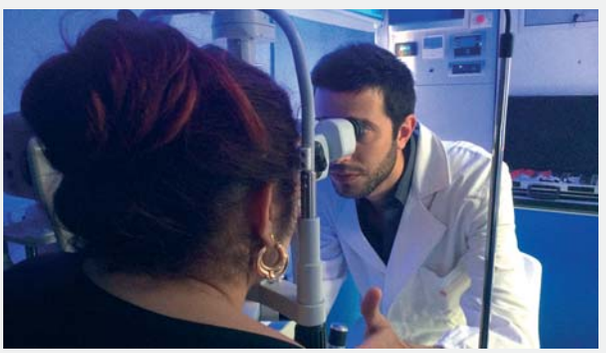
[2] Per avere la cittadinanza italiana è, al momento in cui scriviamo, necessario presentare formalmente la propria intenzione di beneficiare di quel diritto presso il Comune in cui risiede. Al compimento dei 18 anni, l'extracomunitario nato in Italia e sempre regolarmente qui residente, può chiedere la cittadinanza italiana presentandosi all'ufficiale di Stato Civile, ma solo entro un anno dal raggiungimento della maggiore età. La cittadinanza, in questo caso viene, concessa per beneficio di legge. Il periodo di residenza legale deve essere dimostrato sin dalla nascita in Italia tramite il certificato storico di iscrizione che rilascia l'anagrafe e il possesso del permesso di soggiorno. Spesso accade che i genitori non hanno provveduto ad iscrivere all'anagrafe i figli nati in Italia oppure hanno chiesto in ritardo l'inserimento nel proprio permesso di soggiorno; in tali casi, verrebbe a mancare il requisito della residenza legale ininterrotta dalla nascita al compimento della maggiore età, pregiudicando il diritto alla presentazione della domanda (fonte: http://migrare.it/lo-ius-soli). Al momento in cui scriviamo il nuovo Disegno di legge sullo "Ius soli" (proveniente dalla Camera dei Deputati) è ancora fermo al Senato. "Vi si prevede che acquisti la cittadinanza italiana per nascita chi è nato nel territorio della Repubblica da genitori stranieri, dei quali almeno uno sia in possesso del diritto di soggiorno permanente o del permesso di soggiorno di lungo periodo" (senato.it), *ndr*

GLI APPUNTAMENTI CON LA COMUNITÀ DI S. EGIDIO

Apriamo i nostri occhi alla solidarietà. Le cure oftalmologiche arrivano tra i più indigenti e i profughi fino ad entrare dentro un campo rom romano. Dopo essersi svolti a febbraio 2017 per quattro lunedì consecutivi[3], sono stati riproposti due volte al mese da aprile a giugno controlli oculistici gratuiti sia nella zona di Trastevere e sia, a partire dal 26 aprile, in un campo di zingari; i check-up sono stati rivolti soprattutto ai bambini.

L'iniziativa – organizzata dall'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus assieme alla Comunità di S. Egidio – si è svolta sempre a bordo di un'Unità mobile oftalmica, un camper appositamente attrezzato.

Il progetto, nel suo complesso, ha una forte valenza morale e sociale: è riservato esclusivamente a persone svantaggiate già selezionate per le loro condizioni difficili, che possono accedere anche a un controllo oculistico gratuito. Si mira così a una diagnosi tempestiva dei problemi e delle patologie oculari. L'iniziativa, nella zona di Trastevere, si svolge a beneficio di persone che vivono, in molti casi, per strada o sono ospitate presso le strutture della Comunità di S. Egidio: sono in condizioni di grave emarginazione e ora ricevono un ulteriore all'aiuto a carattere medico oftalmico.



Unità mobile oftalmica della IAPB Italia onlus

[3] Hanno coinvolto non solo italiani poverissimi, ma anche eritrei, siriani in fuga da guerre e povertà... Sono stati prescritti occhiali quando necessario, che sono stati poi generosamente offerti da alcuni esercizi di ottica, *ndr*

Roma che riportano nel campo nomadi i piccoli scolari. Non sono molti, ma è già pomeriggio e molti altri sono già ritornati al campo. "Bisogna integrare e l'integrazione non avviene se non c'è istruzione", ribadisce l'operatrice.

A bordo le visite continuano: i bimbi salgono a bordo spesso assieme alle madri o alle sorelle maggiori. Anche qualche adulto viene sottoposto a un controllo oculistico. Un modo per assistere persone bisognose, che spesso vengono disprezzate e hanno più difficoltà di altre ad accedere ai servizi sanitari. "I primi tempi, quando hanno aperto il campo, venivano per le visite mediche; poi più niente", afferma un ragazzo.

In realtà anche l'Ospedale Bambino Gesù è già arrivato in questo angolo della Terra quasi dimenticato, a cui si accede mediante una strada di campagna, nei pressi del Raccordo. Nel 2015 quel progetto si era concentrato, grazie a un'altra Unità mobile, sempre sui bambini mentre quest'anno l'Ospedale capitolino si dedica agli anziani (*vedi box*).

"Vanno ancora bene i miei occhiali?", chiede un ragazzino. "Non li vuole portare perché dice che non gli piacciono – rivela la sorella piccola –: non li porta mai, neanche quando va in bicicletta!". Il fratello maggiore sorride imbarazzato, allarga leggermente le braccia tenendo in mano una montatura dorata con le lenti a goccia e le aste colorate.

"Siete stati in altri campi rom?", incalza un ragazzo ventenne. "No", rispondiamo. "Non andateci, è pericoloso", avverte gesticolando. Intanto vediamo passare attraverso il campo un carabiniere appena arrivato, che si addentra tra i prefabbricati alla ricerca di qualche rom. Subito fuori sostano diverse pattuglie (anche di vigili urbani). Numerosi ragazzi osservano da lontano, quasi abituati a una presenza dello Stato italiano così imponente, che mira a garantire la sicurezza. Mentre la IAPB Italia prosegue, assieme alla Comunità di S. Egidio, la sua azione di prevenzione sul campo.

Controllo oculistico a bordo di un'Unità mobile

SE IL BAMBINO GESÙ VEDE IL DIABETE

È partito a maggio del 2017 con il nuovo programma di tappe e appuntamenti dell'Unità mobile *Nontiscordardime Senior*. Per questo mese l'attività si è rivolta al diabete, una delle patologie che affliggono maggiormente la terza età. E proprio agli anziani in difficoltà e in condizioni di fragilità economica e sociale è rivolto il servizio di ascolto e assistenza del progetto che vede in campo un'équipe sanitaria formata dai medici e dagli infermieri della Cooperativa OSA e dagli specialisti dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale di Roma.

Campagna Nontiscordardime

Già dall'inizio di maggio l'Unità mobile ha iniziato a girare per le parrocchie della Capitale offrendo visite e consulti gratuiti. Finora, il progetto – partito ufficialmente a fine gennaio di quest'anno – ha effettuato oltre un centinaio di visite nelle 20 parrocchie aderenti, coinvolgendo 70 volontari che hanno coadiuvato gli specialisti presenti nel difficile lavoro di ascolto e accoglienza degli anziani.

Quando il diabete è una pandemia

Il *Welfare* sanitario europeo rischia di essere insostenibile se non si punterà maggiormente a una diagnosi precoce e alla prevenzione delle complicanze

Glauco Galante

Uno dei principali problemi che riguardano la salute mondiale è il diabete: un'elevata concentrazione di zuccheri nel sangue può far pagare un conto salato alla nostra salute. L'OMS stima che 422 milioni di persone ne siano già affette nel mondo e, solo in Italia, l'Istat calcola che ne soffrano almeno 3,2 milioni (che salirebbero a 4,5-5 milioni considerando anche le persone non diagnosticate). La retinopatia diabetica è – com'è noto – una delle complicanze principali, oltre a nefropatia, neuropatia e problemi cardiocircolatori. Sul diabete abbiamo intervistato il prof. Walter Ricciardi, Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità, a margine di un convegno intitolato *Healthy Cities-I determinanti della salute in città*, che si è tenuto l'11 aprile a Roma. Dove si è parlato di un mondo sempre più inurbato, a dispetto delle profezie che, un tempo, prevedevano il ritorno a una vita campestre assolutamente idealizzata.

Prof. Ricciardi, quanto sono allarmanti, a suoi giudizio, i numeri del diabete?

È una pandemia. Negli Stati Uniti, addirittura, si ipotizza che circa una persona su due sia in una condizione diabetica o prediabetica: quindi stiamo parlando di cifre apocalittiche perché, tutto questo carico d'assistenza, nessun Paese si può permettere d'affrontarlo. Quindi, ancora una volta, la soluzione è prevenzione, prevenzione, prevenzione! Cioè intervenire quanto più precocemente, possibilmente appena c'è uno "slivellamento" della glicemia, quindi quando ancora non c'è niente di sintomatico. Quello è il momento ideale, anche perché dopo bisogna cercare di diagnosticarlo precocemente: se non si fa così il primo contatto è col pronto soccorso. Poi si mette in moto un meccanismo che costa tantissimo alla persona e alla società.

Walter Ricciardi (ISS) presso la Stampa estera

Nel lungo periodo?

Non nel lungo termine, [già] nel medio termine non è sostenibile. Sostanzialmente negli Stati Uniti – dove non c'è un sistema universalistico come in Europa – stiamo parlando di 640 mila persone l'anno che "falliscono" perché non possono pagarsi le cure. In Europa lo Stato, con i Sistemi sanitari nazionali e i sistemi assicurativi, ancora protegge i cittadini. Noi europei siamo [circa] il 7% della popolazione mondiale e abbiamo il 50% di *Welfare* mondiale (=spesa assistenziale). L'Europa è in una condizione in cui, se non attiva meccanismi forti di prevenzione in favore della sostenibilità, farà la fine di altre parti del mondo cioè non reggerà al pagamento del *Welfare*.

Questo è legato anche all'invecchiamento demografico?

Il problema è che l'esordio delle malattie croniche in Italia, poiché non si è fatta abbastanza prevenzione, è anticipato. Mentre prima – nei dieci anni passati – era attorno ai 57 anni, adesso è attorno ai 51: questi squilibri metabolici e comporta-

mentali danno problemi molto prima. Il problema più diffuso [tra le malattie croniche] è l'ipertensione. Dopo viene il diabete; il più comune è il tipo 2.

Quali consigli si sente di dare a livello di stile di vita, oltre ad alimentarsi correttamente e a fare movimento?

Bisogna evitare di fumare, evitare il consumo eccessivo di alcol… Questi sono i quattro fattori [compresa una buona alimentazione e l'attività fisica] che aiutano a prevenire [una serie di malattie croniche].

C'è anche bisogno di una sinergia di specialisti con i diabetici…

Questo è un problema organizzativo (ovviamente ciò avviene quando il diabete è sintomatico e vanno adottate tutte le misure terapeutiche adeguate): molto spesso gli specialisti tendono a lavorare in "silos", separati l'uno dall'altro; invece la struttura ospedaliera deve farli lavorare insieme. Questo non è facile, ma è possibile sicuramente a livello d'ospedale e deve essere sempre più possibile anche a livello territoriale (cioè bisogna trovare delle aggregazioni che, in qualche modo, mettano questi vari professionisti assieme).

Relatori al convegno Health Cities (Roma, 11 aprile 2017)

UN MANIFESTO PER LA SALUTE URBANA

Ecco i dieci punti del manifesto "Salute nelle città" che ha il fine di realizzare migliori politiche sanitarie:

1) Ogni cittadino ha diritto ad una vita sana ed integrata nel proprio contesto urbano. Bisogna rendere la salute dei cittadini il fulcro di tutte le politiche urbane.

2) Assicurare un alto livello di alfabetizzazione e di accessibilità all'informazione sanitaria per tutti i cittadini, aumentando il grado di autoconsapevolezza.

3) Inserire l'educazione sanitaria in tutti i programmi scolastici, con particolare riferimento ai rischi per la salute nel contesto urbano.

4) Incoraggiare stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle grandi comunità e nelle famiglie.

5) Promuovere una cultura alimentare appropriata attraverso programmi dietetici mirati, prevenendo l'obesità.

6) Ampliare e migliorare l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, favorendo lo sviluppo psicofisico dei giovani e l'invecchiamento attivo.

7) Sviluppare politiche locali di trasporto urbano orientate alla sostenibilità ambientale e alla creazione di una vita salutare.

8) Creare iniziative locali per promuovere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione primaria, con particolare riferimento alle malattie croniche, trasmissibili e non trasmissibili.

9) Considerare la salute delle fasce più deboli e a rischio quale priorità per l'inclusione sociale nel contesto urbano.

10) Studiare e monitorare a livello urbano i determinanti della salute dei cittadini, attraverso una forte alleanza tra Comuni, Università, aziende sanitarie, centri di ricerca, industria e professionisti. *(Info: www.iapb.it)*

PIÙ RISCHIO DIABETE IN CITTÀ

Nel mondo più di una persona su due vive nelle città, vale a dire oltre 3 miliardi di abitanti. Con tutti gli annessi rischi per la salute: essere cittadini aumenta la probabilità di soffrire di diabete. La maggior parte dei diabetici hanno il tipo 2 ossia quello alimentare (circa 90% dei casi). Molti di essi non mangiano correttamente e si muovono poco, ma condurre una vita sana è il miglior metodo per evitare il diabete.

Lo scorso 11 aprile è stato presentato il nuovo numero della rivista *Health Policy in Non Communicable Diseases*[1], presso la sala della Stampa estera di Roma.

Roberta Crialesi (Istat) dal canto suo ha sottolineato che il panorama della salute, in Italia, è estremamente variegato, ma esiste una dicotomia Nord-Sud, con una prevalenza di sovrappeso e obesità nel Mezzogiorno.

"Sempre di più, grandi masse di persone – spiega il prof. Andrea Lenzi, Presidente del Comitato di Biosicurezza, Biotecnologie e Scienze della Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri – si concentrano nelle città, attratte dal miraggio del benessere, dell'occupazione e di una qualità di vita differente. Dobbiamo prendere atto che si tratta di un fenomeno sociale inarrestabile e di una tendenza irreversibile, che va gestito e anche studiato sotto numerosi punti di vista quali l'assetto urbanistico, i trasporti, il contesto occupazionale, ma soprattutto la salute pubblica, perché alla questione inurbamento è indissolubilmente legato, purtroppo, l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili come diabete e obesità, proprio per via del cambiamento degli stili di vita alimentari e di movimento".

A queste sollecitazioni ha risposto anche il programma *Cities Changing Diabetes*[2]. Coinvolge istituzioni nazionali, amministrazioni locali, mondo accademico e terzo settore – in cui è parte attiva l'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus –, con l'obiettivo di studiare il legame fra il diabete e le città e promuovere iniziative per salvaguardare la salute e prevenire la malattia cronica. A tale programma hanno già aderito Città del Messico, Copenaghen, Houston, Shanghai, Tianjin, Vancouver e Johannesburg. Roma, invece, è stata la metropoli scelta per il 2017. In tutte queste città i ricercatori svolgono ricerche per individuare le aree di vulnerabilità, i bisogni insoddisfatti delle persone con diabete e identificare le politiche di prevenzione più adatte, puntando a migliorare la rete di assistenza.

La Federazione internazionale diabete (IDF) stima, entro un quarto di secolo, un aumento dei diabetici di circa il 50%, sino a giungere presumibilmente a 642 milioni di persone malate. Negli ultimi 40 anni l'obesità è cresciuta di oltre sei volte (passando da 105 milioni di obesi a 640 milioni) e, inoltre, non va dimenticato il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale.

A settembre 2015 i 193 Stati membri delle Nazioni Unite – riuniti a New York per discutere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) – miravano a rendere le città più inclusive, sicure, sostenibili e capaci di affrontare il cambiamento. Strumenti chiave per raggiungere questo obiettivo come lo sviluppo abitativo, la qualità dell'aria, la buona alimentazione e il trasporto sono stati individuati chiaramente e diventano importanti determinanti della salute delle persone nelle città. Tutto ciò si inserisce nel più generale tema del miglioramento della salute come priorità globale. In particolare bisogna evitare quattro fattori (che incidono per l'86% sull'insorgenza delle malattie croniche): 1) eccessiva e cattiva alimentazione; 2) inattività fisica; 3) consumo di alcol; 4) fumo. ●

[1] Politica sanitaria per le malattie non trasmissibili
[2] realizzato in partnership tra University College London (UCL) e il danese Steno Diabetes Center

OMS, dieci anni nella salute pubblica

La lotta contro le malattie non trasmissibili ha coinvolto un miliardo di persone. Il punto della *leader* uscente dell'Organizzazione mondiale della sanità

Margaret Chan
OMS

Oggi [13 aprile 2017] partiamo col lancio di "Dieci anni nella sanità pubblica 2007-2017": un Rapporto che racconta l'evoluzione della salute pubblica globale nel corso del decennio in cui ho ricoperto l'incarico di Direttrice generale dell'OMS.

[…] Si soppesano i successi, le battute d'arresto e le sfide durature nel corso della mia gestione. Essi mostrano ciò che deve essere fatto quando i progressi si fermano o quando emergono nuove minacce. I suoi capitoli dimostrano come la leadership tecnica dell'OMS possa fare in modo che più partner lavorino insieme nell'ambito di strategie coerenti. L'importanza della guida di ciascun Paese e dell'impegno delle comunità nazionali vengono sottolineati più volte nel corso dei capitoli.

Margaret Chan, già Direttrice generale OMS (foto di L.Cipriani-WHO)

Insieme abbiamo fatto progressi enormi. La salute e l'aspettativa di vita sono migliorate quasi ovunque. Milioni di vite sono state salvate. Il numero di persone che muoiono di malaria e di HIV è stato dimezzato. Gli sforzi che l'OMS sta facendo per fermare la tubercolosi hanno salvato 49 milioni di vite dall'inizio di questo secolo. Nel 2015 il numero dei decessi infantili è sceso per la prima volta sotto i 6 milioni, una diminuzione del 50% dei decessi annuali a partire dal 1990. Ogni giorno muoiono 19.000 bambini in meno. Riusciamo a fornire questi numeri perché la cultura dei numeri e dell'affidabilità appartiene all'OMS.

Le sfide sanitare del XXI secolo sono senza precedenti per la loro complessità e il loro impatto universale. Sotto la pressione dell'invecchiamento demografico, la rapida urbanizzazione e la commercializzazione globale di prodotti non sani, le malattie croniche non trasmissibili hanno superato le malattie infettive come prime *killer* a livello

Degenza dopo intervento di cataratta (Hyderabad, India)

mondiale. Accogliamo positivamente la crescente attenzione, sul piano politico, per combattere gli attacchi di cuore e l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche come potente mezzo per migliorare la longevità e la speranza di vita in buona salute. Tuttavia nessun Paese al mondo è riuscito, a sua volta, a contrastare l'epidemia di obesità per tutte le fasce d'età. Personalmente accolgo con favore l'attenzione politica nei confronti delle donne, le loro esigenze di salute e del loro contributo alla società. Gli investimenti sulle donne e [in particolare sulle] giovani ragazze hanno un effetto moltiplicatore. In fin dei conti l'insieme della società ne esce vincente.

Le lezioni apprese a partire dall'epidemia di Ebola del 2014 nell'Africa occidentale hanno portato ad approvare un nuovo programma OMS per le emergenze sanitarie, consentendo risposte più rapide ed efficaci alle epidemie e alle emergenze.

[…] I capitoli [del nuovo Rapporto] rivelano un'altra priorità condivisa dell'OMS: l'equità nel-

OMS, PIÙ DIRITTO D'ACCESSO AI FARMACI NEL MONDO

Quasi 2 miliardi di persone – scrive l'Organizzazione Mondiale della Sanità – non hanno accesso alle medicine per cure di base, causando una cascata evitabile di miseria e sofferenza. Da quando si è raggiunto un accordo storico a livello di strategia globale e sul Piano d'Azione sulla salute pubblica, l'innovazione e la proprietà intellettuale, l'Oms e i suoi partner hanno lanciato una serie d'iniziative che stanno facendo in modo che le forze di mercato vadano incontro ai poveri.

A tre decenni di distanza dalla dichiarazione del 1978 ("Salute per tutti"[1]), l'OMS ha richiamato l'attenzione sull'assistenza sanitaria primaria, col lancio del Rapporto sulla salute mondiale del 2008. L'ambizione è quella di non lasciare indietro nessuno.

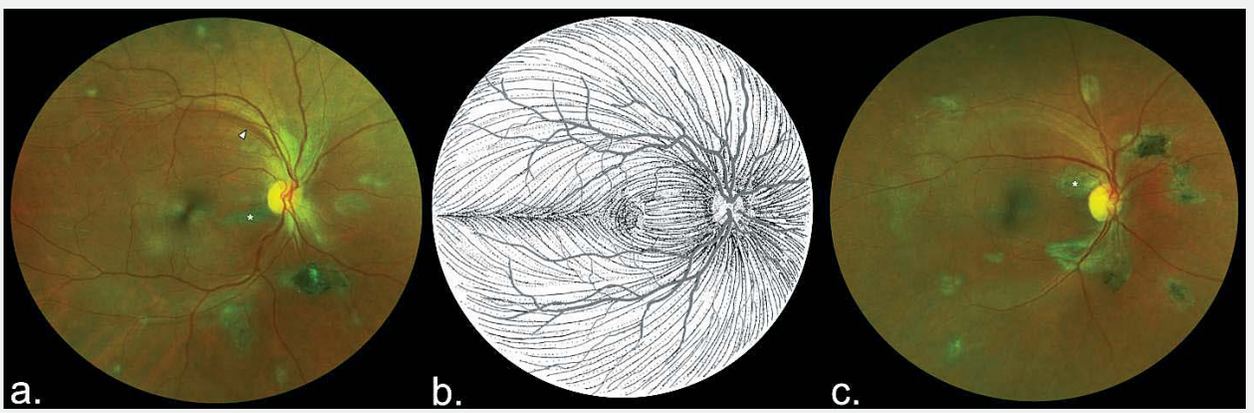
In particolare nella Dichiarazione del '78 si legge: "La salute è uno stato di completo benessere fisico mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o di infermità - è un fondamentale diritto umano"; "il raggiungimento del più alto livello possibile di salute è uno dei più importanti obiettivi sociali nel mondo, la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre al settore sanitario". Inoltre si prendeva atto della "grande disuguaglianza che esiste nello stato di salute delle popolazioni, particolarmente tra i Paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo, e anche all'interno di singoli Paesi è inaccettabile dal punto di vista politico, sociale ed economico".

Lo sforzo per un mondo migliore non deve essere solo dei singoli, ma intere "popolazioni hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla programmazione e realizzazione della loro assistenza sanitaria". Inoltre "i governi hanno la responsabilità della salute delle loro popolazioni che può essere raggiunta soltanto for-

[1] Detta anche dichiarazione di Alma Ata, *ndr*

nendo loro adeguate misure sanitarie e sociali". Infine, precisa la Dichiarazione di Alma-Ata, "l'Assistenza Sanitaria Primaria è l'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il Paese possano sostenere in ogni stadio del loro sviluppo, nello spirito dell'auto-fiducia e della auto-determinazione. Essa è parte integrale sia del sistema sanitario del Paese, del quale essa assume la funzione centrale ed è punto focale, sia dello sviluppo generale sociale ed economico della comunità. Essa è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese, portando l'assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora e costituendo il primo elemento di un processo continuo d'assistenza".

Un'epidemia dimostra bene come sia strettamente necessario tenere sotto sorveglianza la salute. Infatti occorre essere più tempestivi ed efficaci in caso di diffusione di virus mortali come Ebola. L'OMS ha avuto un ruolo importante nel dettare linee guida e nel collaborare con altre realtà per mettere a punto vaccini e trattamenti. Anche la diffusione di Zika e della febbre gialla hanno messo in evidenza che occorre lavorare ancor di più per assicurarsi che il mondo sia meglio preparato ad affrontare la prossima epidemia.



Retina lesionata dal virus Ebola (Cortesia di W.L.M.Alward, Università di Liverpool, UK)

l'accesso all'assistenza è un imperativo etico. A nessuno dovrebbe essere negato l'accesso a interventi che promuovano il salvataggio della vita oppure la sua salute per cause inique, comprese quelle economiche o sociali. Che il principio sia solidamente dimostrato lo attesta il lavoro del WHO per la copertura sanitaria universale, che lo scorso decennio si è ampliato, passando dal focalizzarsi sull'assistenza sanitaria primaria alla sua inclusione come elemento fondamentale dell'Agenda di sviluppo sostenibile per il 2030. La salute occupa un posto centrale negli obiettivi globali. Cosa ancora più importante, i Paesi si sono impegnati a [favorire] questo potente "livellatore" sociale. La copertura sanitaria universale riflette lo spirito degli obiettivi sostenibili di sviluppo in termini di equità, garantendo che nessuno vanga lasciato indietro.

Questi capitoli raccontano una storia di sfide globali e di come esse siano state vinte. In un mondo che vive una notevole incertezza, lo sviluppo della [difesa della] salute internazionale è un punto unificante ed esaltante, una forza che agisce in direzione del bene dell'umanità. Sono orgogliosa di assistere a questo straordinario spirito di collaborazione e di solidarietà globale.

GHEBREYESUS NUOVO DIRETTORE GENERALE DELL'OMS

È stato eletto il 23 maggio 2017 il nuovo Direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO). Si chiama Tedros Adhanom Ghebreyesus ed è stato ministro della salute e degli esteri in Etiopia. È il primo direttore proveniente dall'Africa e rimarrà in carica cinque anni (effettivo dal primo luglio 2017); potrà essere rieletto una sola volta. A esprimersi mediante il loro voto sono stati i delegati dei 194 Paesi riuniti a Ginevra, dove si è tenuta – dal 22 al 31 maggio – la 70ª Assemblea generale dell'Agenzia Onu per la salute.

Tedros Adhanom Ghebreyesus, neodirettore generale OMS

Nel suo ultimo discorso prima del voto Adhanom Ghebreyesus, etiope di 52 anni, ha sottolineato l'importanza degli interventi salva-vita e di un'assistenza sanitaria per tutti, a prescindere dal reddito (anche per affrontare il problema delle malattie non trasmissibili). Combattere le diseguaglianze puntando a una copertura sanitaria universale, dare più strumenti ai singoli Paesi per affrontare emergenze quali il virus Ebola e più trasparenza nell'azione dell'OMS. Sono i tre punti principali evidenziati dal neodirettore esperto di malaria.

"Rifiuto di accettare che la povertà possa causare la morte…. Ho dedicato la mia vita a combattere le diseguaglianze", ha affermato. Inoltre bisogna affrontare le malattie non trasmissibili anche migliorando gli stili di vita, contrastando "killer silenziosi quali l'obesità, il tabacco e la sedentarietà". Per farlo punta anche a raccogliere più fondi: "Dobbiamo allargare la base dei donatori", ma soprattutto "dobbiamo avere una chiara visione dei progressi e la capacità di monitorarli".

Bisogna, ha proseguito Adhanom Ghebreyesus, "portare salute e speranza alla nostra gente", investendo nella salute delle future generazioni e puntando alla qualità dell'assistenza. "Molti Paesi – ha aggiunto – hanno identificato delle soluzioni che si adattano al loro contesto".

Quella di Ghebreyesus è stata "un'elezione – ha spiegato il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin – segnata da un elevato numero di consensi e che rappresenta un grande segnale verso l'Africa ed evidenzia la volontà di risolvere i problemi sanitari della Regione e anche l'attenzione globale in riferimento, per esempio, al grande tema delle migrazioni. Grazie alla sua comprovata professionalità, sono certa che il nuovo Direttore generale saprà valorizzare il ruolo e l'autorevolezza della più grande organizzazione mondiale che si occupa della salute della popolazione mondiale. L'Italia, che tra l'altro dopo 14 anni torna a far parte dell'*Executive Board* dell'Oms, è pronta fin da subito ad offrire il massimo supporto e la piena collaborazione al nuovo direttore generale per affrontare insieme le moltissime sfide che attengono la sanità globale del futuro: dalla sicurezza sanitaria internazionale alla **prevenzione e promozione della salute**, passando per il contrasto all'antibiotico resistenza, la cura delle demenze, lo sviluppo della medicina di genere, la sfida della sostenibilità economica, dell'innovazione tecnologica e farmacologica fino – ha concluso Lorenzin – allo sviluppo del ruolo delle vaccinazioni a difesa della salute globale".

Gli altri due candidati in lizza erano il medico inglese David Nabarro e la cardiologa pakistana Sania Nishtar. Tutti e tre i nomi erano il frutto di una *shortlist* prescelta lo scorso gennaio.

Degenerazione maculare legata all'età e depressione

Una comorbidità misconosciuta: studio preliminare condotto su 173 pazienti con DMLE

Stefania Fortini*, Emanuela Rellini°, Simona Turco§

Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva - IAPB Italia onlus

** Psicologa, psicoterapeuta, Responsabile dell'Area Psicologica*

° Psicologa, psicoterapeuta

§ Oculista, Referente dell'Area Ricerca Scientifica

Introduzione

La Degenerazione Maculare Legata all'Età (DMLE) è una patologia cronica degenerativa che colpisce la macula e causa distorsione delle immagini, ridotta sensibilità al contrasto, alterato riconoscimento dei colori, perdita della visione centrale. Ne conseguono difficoltà nella lettura, nel riconoscimento dei volti, nell'adempimento delle attività di vita quotidiana e nella guida. Tale patologia può presentarsi in due forme: quella secca o atrofica (si instaura lentamente e porta ad una perdita abbastanza graduale della visione centrale), che colpisce l'80-90% dei pazienti, e quella essudativa o neovascolare (determina la comparsa improvvisa e repentina di gravi deficit visivi), che riguarda il 10-20% dei pazienti.

Nei Paesi ad alto reddito la DMLE rappresenta la prima causa di cecità ed ipovisione nei soggetti al di sopra dei 50 anni. L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) stima che in questi Paesi il 41% dei casi di cecità ed ipovisione sia dovuta, appunto, alla DMLE e tale cifra mostra un *trend* in crescita per una serie di ragioni: si allunga progressivamente la vita media e, di conseguenza, la diffusione di malattie cronico-degenerative e le maggiori possibilità di cura delle patologie oftalmologiche fanno sì che quadri clinici che, in passato, esitavano in cecità sono, al momento, causa di ipovisione più o meno severa.

Figura 1. Visione con DMLE (scotoma centrale)

Anche in Italia prosegue l'incremento dell'aspettativa di vita alla nascita a cui, tuttavia, non corrisponde un aumento in parallelo di quantità di vita vissuta in salute, cioè esente da disabilità e malattie croniche. Infatti, la popolazione ultrasessantaquattrenne attuale ha una speranza di vita sana di circa 5 anni rispetto ad un'attesa complessiva di vita di 20 anni (18 per gli uomini, 21

per le donne). Secondo le stime della Società Oftalmologica Italiana (SOI)[1] nel nostro Paese la DMLE colpisce complessivamente, in termini di gravità e differenti quadri clinici (inclusi i primi segni di degenerazione retinica[2]), 4,5 milioni di persone, più precisamente: 1,5 milioni tra i 51 ed i 60 anni, 1 milione tra i 61 ed i 70 anni, 2 milioni dopo i 70 anni.

L'effetto della DMLE sulla vita del soggetto può essere devastante perché la compromissione visiva è uno dei fattori che maggiormente contribuisce alla perdita di indipendenza e a uno scadimento della qualità della vita negli anziani: comporta una maggiore dipendenza sociale, si associa a tassi elevati di disabilità funzionale, ad un aumentato rischio di cadute, a malnutrizione, al precoce ricorso ad assistenza domiciliare o istituzionalizzazione, mortalità e suicidi, errore nella gestione dei trattamenti farmacologici e problemi di salute mentale (come depressione e disturbi di ansia). La bassa qualità di vita nei soggetti con DMLE è tuttora sottostimata non solo da parte dell'opinione pubblica, ma anche dai clinici.

Recenti ricerche evidenziano che un terzo degli anziani ipovedenti, il doppio rispetto a quanto si riscontra nella popolazione di anziani in generale, presenta sintomi di depressione subclinica, mentre il rischio di depressione vera e propria tra gli anziani ipovedenti è doppio rispetto al gruppo dei normovedenti di pari età. Infatti, una depressione conclamata è presente nel 15% degli anziani e nel 10-30% degli ipovedenti a causa della DMLE.

Il carattere degenerativo progressivo e non curabile della forma atrofica, le perdite improvvise ed imprevedibili dell'acuità visiva caratteristiche della forma essudativa, producono uno stato di incertezza emotiva che incide sulla quotidianità e può portare all'insorgenza di sentimenti di inadeguatezza, diminuzione dell'autostima e dell'autonomia, impotenza, imbarazzo, solitudine, perdita del ruolo, ritiro sociale e/o lavorativo, abbandono delle attività piacevoli che favoriscono l'insorgenza di ***depressione*** ed ostacolano la riabilitazione visiva.

La depressione è una vera e propria malattia dalle caratteristiche ben definite e non deve essere confusa con un umore basso o la tristezza che possono presentarsi in determinati momenti della vita. I sintomi depressivi sono reazioni fisiologiche, circoscritte nel tempo, ad eventi spiacevoli quali un lutto, una separazione, nel nostro caso la perdita della vista, ma se si protraggono nel tempo diventano patologia che, come tale, va trattata. Ne consegue che una depressione non trattata genera una ***doppia disabilità***: quella legata alla compromissione visiva e quella legata alla depressione. Compromissione visiva e depressione sono in rapporto bidimensionale, dal momento che la disabilità visiva peggiora la depressione e quest'ultima esacerba la disabilità. Il rischio di depressione è legato alle limitazioni fisiche, alla rinuncia alle attività piacevoli, all'isolamento sociale e al senso di fallimento.

L'alta prevalenza di depressione ed i suoi effetti invalidanti sono indipendenti dalla severità della compromissione visiva; infatti, una compromissione visiva anche modesta può avere un impatto emotivo elevato.

Tuttavia, i soggetti che sviluppano sintomi depressivi spesso non ricevono alcun trattamento per una serie di motivi: vivono la depressione come un fallimento personale, per cui non ne parlano, ritengono che la depressione rientri nel fisiologico processo di invecchiamento e di essere in grado di "farcela da soli", ricevono poche informazioni su come accedere ai servizi specialistici, che, d'altro canto, sono spesso poco adeguati a soddisfare il bisogno del territorio. Tuttavia, a volte la causa è da riferire ad una conoscenza non adeguata della depressione anche da parte dei medici di medicina generale e degli stessi oculisti che non sempre sanno riconoscerne i segni psicofisici come il dolore fisico (senso di pesantezza al capo, dolori muscolari o articolari), confusione mentale, stanchezza, pensieri pessimistici o catastrofici e idee suicidarie, disturbi dell'alimentazione, alterazioni del ritmo sonno-veglia, rallentamento psico-motorio, ecc. Questa man-

[1] Documento di posizione SOI "Maculopatie: numeri e costi", a cura del Comitato Tecnico Scientifico della Società Oftalmologica Italiana, 22 gennaio 2015 (disponibile in www.soiweb.com)

[2] Comprese le piccole drusen iniziali

canza di competenza e/o il poco tempo dedicato ad una anamnesi mirata non consentono di individuare quei casi che richiedono una valutazione specialistica da parte del neurologo (per escludere una forma organica) e/o dello psicologo e/o dello psichiatra, i professionisti che possiedono gli strumenti in grado di individuare quei fattori modificabili che possono ottimizzare la funzionalità visiva, con ricadute positive sull'adattamento.

La depressione, come anche l'ansia, possono inoltre influenzare i fattori che sono necessari per l'efficacia riabilitativa, cioè la capacità di apprendere nuove abilità, l'elaborazione dell'informazione e la motivazione per il raggiungimento di determinati obiettivi.

Obiettivo

Scopo del nostro lavoro è stato quello verificare nei soggetti ipovedenti con DMLE – valutati presso il Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva – la presenza di sintomi depressivi e in quanti casi era già stata diagnosticata una depressione.

Metodi

Negli anni 2015-2016, presso il Polo Nazionale di Ipovisione e Riabilitazione Visiva, sono stati valutati 491 soggetti, di cui 173 (35%) con diagnosi di DMLE.

Gli strumenti utilizzati per valutare la presenza di sintomi depressivi sono stati:

- Anamnesi approfondita
- Colloquio clinico psicologico nel corso del quale sono state esplorate le aree personale, affettiva, sociale/familiare, lavorativa e degli interessi
- DSM-IV-TR.

I pazienti con DMLE sono stati suddivisi in 2 gruppi: pazienti che presentavano sintomatologia depressiva e coloro che non la presentavano.

Entrambi i gruppi sono stati analizzati per le variabili genere, livello d'istruzione e stato civile.

Un'ulteriore analisi è stata fatta confrontando il campione dei soggetti a cui è stata fatta diagnosi di depressione presso il Polo Nazionale di Ipovisione e Riabilitazione Visiva (NEO) rispetto al gruppo con diagnosi pregressa (PRE).

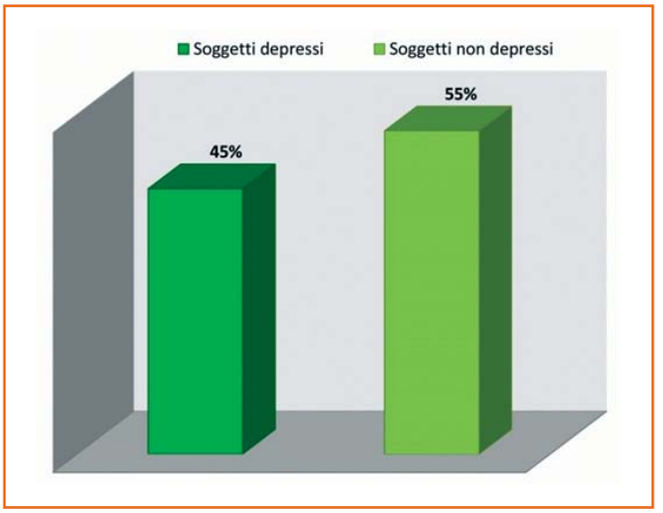


Figura 2. Presenza di sintomi depressivi su un campione di 173 soggetti con DMLE

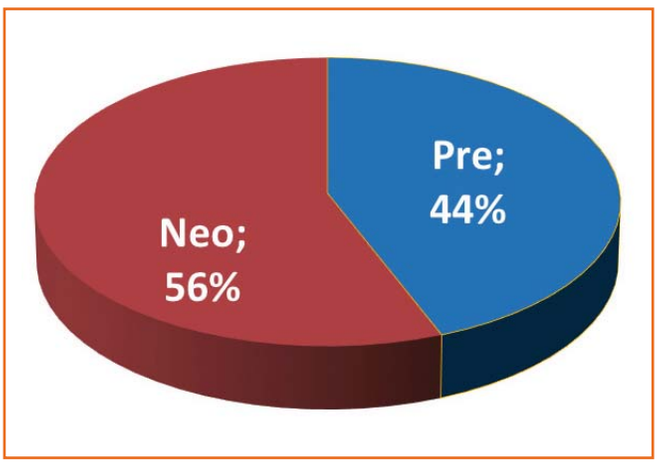


Figura 3. Percentuale di soggetti con DMLE giunti al Polo Nazionale Ipovisione in cui sono stati riscontrati sintomi depressivi in occasione del colloquio con lo psicologo (NEO) rispetto al gruppo con diagnosi pregressa (PRE)

Nei due gruppi – PRE e NEO – è stato utilizzato il test chi quadrato per verificare la significatività delle variabili genere, livello d'istruzione e stato civile.

Risultati

Dei 173 soggetti con DMLE, 78 persone (45%) presentavano una sintomatologia depressiva (Fig. 2). Di questi ultimi, 34 soggetti (44%) avevano già ricevuto una diagnosi di depressione da parte di uno specialista (neurologo/psichiatra), mentre in 44 persone (56%) sono emersi sintomi depressivi durante il colloquio clinico con lo psicologo del Polo Nazionale di Ipovisione e Riabilitazione Visiva (Fig. 3).

L'intero campione di soggetti con DMLE e sintomi depressivi risultava così composto: 44 femmine (56%), 34 maschi (44%), con età media pari a 78 anni.

Per quanto riguarda il livello d'istruzione, i soggetti sono stati suddivisi in due categorie: elementare/media: 44 soggetti (56%); superiore/laurea: 34 soggetti (44%).

In riferimento allo stato civile erano presenti 8 celibi/nubili (10%), 46 coniugati (59%), 24 vedovi (31%).

Il gruppo dei 95 soggetti con DMLE che non presentava sintomi depressivi risultava invece così composto: 60 femmine (63%), 35 maschi (37%), con età media pari a 81 anni. Per quanto riguarda il livello d'istruzione essi sono stati suddivisi in due categorie: elementare/media: 49 soggetti (52%); superiore/laurea: 46 soggetti (48%).

In riferimento allo stato civile erano presenti 6 celibi/nubili (6%), 49 coniugati (52%), 40 vedovi (42%).

Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative tra il gruppo PRE ed il gruppo NEO per quanto riguarda le variabili analizzate (genere, livello d'istruzione e stato civile). Tuttavia l'analisi dei dati ha evidenziato nel gruppo NEO un numero maggiore di soggetti vedovi, con prevalenza di femmine, e di soggetti con livello d'istruzione elevato (Figg. 4 e 5).

Tutti i soggetti del gruppo NEO sono stati inviati per una valutazione specialistica anche ai fini di un supporto farmacologico.

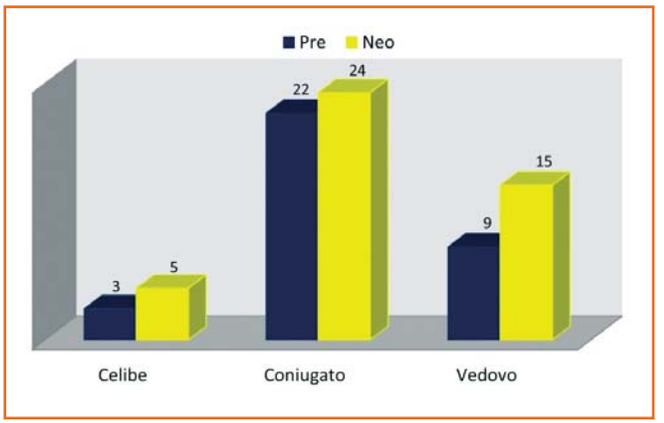


Figura 4. Raffronto fra il gruppo con diagnosi pregressa di depressione (PRE) e il gruppo con nuova diagnosi (NEO) rispetto allo stato civile

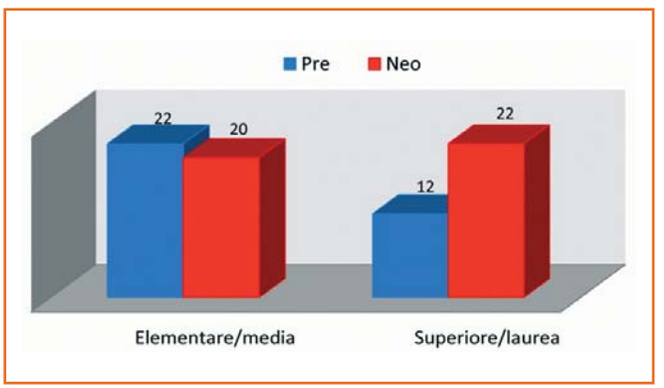


Figura 5. Confronto tra il gruppo con diagnosi precedente di depressione (PRE) e il gruppo con nuova diagnosi (NEO) rispetto al livello d'istruzione

Discussione

I risultati del nostro studio preliminare confermano i dati presenti in letteratura sulla forte associazione fra DMLE e depressione. Tale comorbidità, tuttavia, rimane ancora sottodiagnosticata e, di conseguenza, sottotrattata.

A tale proposito, rilevante è il dato che in più della metà dei pazienti con DMLE giunti presso il Polo Nazionale di Ipovisione e Riabilitazione Visiva non erano stati evidenziati i sintomi di depressione e la diagnosi di depressione associata alla DMLE è stata possibile grazie alla presenza dello psicologo che opera in équipe assieme agli altri operatori della riabilitazione visiva (oculista, ortottista, ecc.).

Dei 44 soggetti con neodiagnosi di depressione inviati allo specialista, solo meno della metà ha comunicato di aver preso contatto con quest'ultimo, anche a causa delle difficoltà relative ai servizi psichiatrici territoriali, che spesso presentano tempi di attesa lunghi per il primo colloquio.

I dati del nostro studio preliminare, pur non mostrando una significatività statistica per le variabili analizzate (genere, stato civile e livello d'istruzione), hanno rilevato la tendenza di alcune tipologie di pazienti, vedove e soggetti con livello culturale più elevato, a non far ricorso all'aiuto di uno specialista in presenza di sintomi depressivi.

La DMLE rappresenta un serio problema di sanità pubblica, priva il soggetto della sua indipendenza, degrada la sua qualità di vita (QdV), con ri-

cadute negative sul sistema famiglia e sui *caregivers*[3] che sono a rischio elevato di sviluppare depressione.

L'invecchiamento progressivo della popolazione atteso nei prossimi anni porterà ad un incremento dei casi di DMLE e della depressione correlata, in assenza dell'attuazione di misure correttive. Inoltre, individuare precocemente la depressione consente di migliorare la QdV favorendo l'autonomia dei pazienti con DMLE. Il trattamento della depressione e dell'ansia in una fase subclinica appare fondamentale, perché non solo rappresentano i predittori principali per lo sviluppo di depressione ed ansia conclamate (depressione maggiore, disturbi fobici, disturbo d'ansia generalizzata), ma sono anche quegli elementi cardine che possono favorire/ostacolare l'adesione del soggetto ai trattamenti proposti.

È possibile che la scarsa attenzione che viene data agli aspetti psicologici da parte dei sanitari e dello stesso soggetto sia, in parte, spiegabile col fatto che vengono privilegiati i sintomi fisici, mentre la depressione e l'ansia vengono interpretate come manifestazioni legate solo alla compromissione visiva. Secondo la prospettiva del paziente il miglioramento nel benessere psicologico e nella capacità di svolgere le attività di vita quotidiana può essere anche più importante del solo residuo visivo. Infatti, anche se l'acuità visiva e la Qualità di Vita sono chiaramente correlate è la QdV che ha più valore per l'individuo ed è l'elemento che deve essere valutato per verificare l'efficacia riabilitativa.

In caso di DMLE, depressione e funzione sono strettamente interconnesse: sviluppare interventi che comprendano il *management* della depressione in ambito riabilitativo potrebbe rappresentare la strategia d'azione più efficace, per cui risulta fondamentale la figura dello psicologo, in quanto è in grado di definire lo stato psicologico del soggetto che accede ad un centro di riabilitazione visiva e di intervenire con gli strumenti più adeguati ai fini dell'efficacia riabilitativa.

Purtroppo nella maggior parte dei centri di riabilitazione visiva non sempre è presente lo psicologo perché, a volte, si ritiene che raggiungere uno specifico obiettivo (ad es. la lettura) sia sufficiente a migliorare la QdV della persona ipovedente e poca attenzione viene rivolta all'impatto che la minorazione visiva ha sull'individuo e alle relative ricadute psicosociali, in particolare nei soggetti più anziani. Altre volte le motivazioni sono di ordine economico.

Sulla base della nostra esperienza, focalizzare l'attenzione sui fattori psicologici negli anziani con DMLE può ridurre la loro disabilità e migliorarne la percezione della Qualità di Vita. A questo proposito, implementare i metodi di *counseling*[4] e l'*empowerment*[5] del soggetto, piuttosto che la medicalizzazione, sono strategie più funzionale in questa fascia di soggetti "fragili".

Sono necessari ulteriori studi per cercare di individuare con maggiore chiarezza quei fattori che incidono sullo sviluppo della depressione nei soggetti con DMLE. I dati al momento disponibili fanno ritenere che le strategie di *coping*[6], lo stile di personalità, la *self-efficacy*[7] e la resilienza possano essere gli elementi in grado di favorire od ostacolare l'insorgenza della depressione.

I risultati del nostro studio preliminare – che confermano quanto riportato in letteratura sulla comorbidità depressione/DMLE – possono essere letti nel contesto molto più ampio della diffusione a livello globale della depressione. Infatti, secondo i dati pubblicati in occasione della Giornata Mondiale della Salute 2017, dedicata dall'OMS proprio alla depressione, sono 322 milioni le persone che ne soffrono. Sono soprattutto adulti tra i 55 e i

[3] coloro che se ne prendono cura, *ndr*

[4] (Nella versione britannica anche *counselling*) terapia psicologica mediante la quale lo psicologo cerca di orientare, favorire, sostenere e sviluppare le potenzialità della persona, *ndr*

[5] Letteralmente: senso di legittimazione, potere, responsabilizzazione. La definizione di D. Doumont e I. Aujoulat è la seguente: "L' *empowerment* individuale o psicologico designa la capacità di un individuo di prendere delle decisioni e di esercitare un controllo sulla sua vita personale. Come il sentimento di efficacia o la stima di sé, l'*empowerment* pone l'accento sullo sviluppo di una rappresentazione positiva di se stessi (*self concept*) o delle proprie competenze personali" (da "L'*empowerment* e l'educazione del paziente", 2002), *ndr*

[6] Si riferiscono alla capacità di un individuo di far fronte a una situazione, riferita sia alla capacità di controllare gli eventi, sia alla capacità di gestire e di regolare le proprie condotte emotive, *ndr*

[7] Il costrutto di autoefficacia (*self-efficacy*) è stato elaborato dallo psicologo canadese Albert Bandura: si riferisce alle percezioni soggettive a proposito di qualità possedute rispetto alle richieste di un compito, tenendo conto della sua complessità e delle condizioni per svolgerlo (competenza percepita), *ndr*

74 anni e maggiormente le donne (5,1%) rispetto agli uomini (3,6%). In Europa sono 40 milioni le persone colpite da depressione, in Italia ne soffrono più di 3 milioni e il 20% degli over65. Tuttavia, il problema è sicuramente più diffuso perché la depressione è una malattia nascosta e subdola, ancora poco riconosciuta, male o non diagnosticata e non trattata perché stigmatizzata a livello relazionale, sociale e lavorativo, per la paura della dipendenza farmacologica e perché sottovalutata sia dai pazienti che dalle famiglie.

La depressione non trattata comporta una serie di eventi sfavorevoli: il soggetto può isolarsi, lavorare in maniera meno efficiente, trascurare le proprie responsabilità, l'autostima si riduce gravemente, l'adesione alle cure mediche è spesso carente. Soprattutto se giovane, può ricorrere all'alcool o alle droghe nel tentativo di alleviare la sofferenza, mentre, in particolare negli anziani depressi, aumenta la frequenza di ricoveri ospedalieri e di suicidi. Inoltre, la persona depressa ha una probabilità maggiore di sviluppare malattie fisiche come la cardiopatie croniche e il diabete ed una mortalità più elevata rispetto al resto della popolazione.

La depressione colpisce in modo particolare gli anziani. Secondo quanto riportato da *Passi d'Argento*[8] la prevalenza di persone con sintomi depressivi è maggiore tra coloro che riferiscono una diagnosi di patologia cronica (ricordiamo che circa 24 milioni di italiani ne hanno almeno una) e tra gli anziani che non sono autonomi nello svolgimento di una o più attività di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, ecc.) e in una o più attività strumentali della vita quotidiana (assunzione dei farmaci, utilizzo del telefono o altre forme di comunicazione, gestione del denaro, lavori domestici, ecc.). Pertanto, si comprende che se è vero che la depressione colpisce soprattutto gli anziani, altrettanto vero è che la depressione colpisce soprattutto gli anziani con disabilità visiva, in quanto vivono una condizione cronica che li limita in più ambiti della quotidianità.

Conclusioni

Riassumendo, i risultati del nostro studio preliminare portano a formulare alcune considerazioni:

- La depressione è una patologia estremamente diffusa, soprattutto nella popolazione anziana, ma continua ad essere poco riconosciuta anche da parte degli operatori sanitari, medici di medicina generale e oculisti compresi
- La presenza dello psicologo all'interno dell'équipe multidisciplinare che opera presso il Polo Nazionale di Ipovisione e Riabilitazione Visiva ha permesso di diagnosticare una depressione conclamata o in fase subclinica in più della metà dei pazienti con DMLE che giungeva presso il nostro Centro per intraprendere un percorso riabilitativo

[8] un sistema di sorveglianza che fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita degli italiani over65 (info: www.epicentro.iss.it/passi-argento)

- Meno della metà dei nostri pazienti con depressione inviati per una valutazione specialistica ha fornito un *feedback* (risposta). Questo dato può essere interpretato in maniera duplice. Da un lato la presenza di servizi specialistici sul territorio risulta inadeguata, dall'altro la depressione è una malattia che continua a far paura e suscita vergogna sia nei pazienti che nelle loro famiglie. È proprio questa "reticenza" a parlarne e la stigmatizzazione ancora diffusa delle patologie mentali che ha portato l'OMS a pensare ad una campagna lunga un anno volutamente chiamata "Depression: let's talk – Depressione: parliamone". Per chi vive con la depressione, infatti, parlare con una persona fidata è spesso il primo passo verso il trattamento e la guarigione
- La nostra esperienza conferma che negli anziani ipovedenti è la percezione della limitazione visiva, più che il valore assoluto dell'acuità visiva, a correlarsi fortemente con la depressione. Pertanto, in questa categoria di pazienti particolarmente fragili occorre ricercare i fattori psicologici che possono ridurre la disabilità e migliorare la QdV e, a questo proposito, strategie terapeutiche quali i metodi di *counseling* e l'*empowerment* possono risultare delle scelte altamente funzionali
- È tempo che gli operatori che si occupano di salute oculare e di riabilitazione visiva prendano coscienza della presenza e del peso della depressione nei loro pazienti, in particolare negli anziani colpiti da DMLE. Pertanto, rivestono carattere d'urgenza campagne di informazione che diffondano conoscenza sulla tematica e piani di formazione affinché screening sulla salute mentale, in particolare sulla depressione, possano rientrare nella pratica clinica quotidiana.

Bibliografia

1. Brody BL, Gamst AC, Williams RA et al., Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2001;108:1893-1901.

2. Casten RJ, Rovner BW, Update on depression and age-related macular degeneration. Curr Opin Ophthalmol 2013, 24:239-43.

3. Cimarolli VR, Casten RJ, Rovner BW et al., Anxiety and depression in patients with advanced macular degeneration: current perspectives. Clin Ophthalmol. 2016, 10:55-63.

4. Bambara JK, Wadley V, Owsley C et al., Family functioning and low vision: a systematic review. J Vis Impair Blind 2009;103:137-49.

5. Dawson SR, Mallen CD, Gouldstone MB et al., The prevalence of anxiety and depression in people with age-related macular degeneration: a systematic review of observational study data. BMC Ophthalmol. 2014, 14:78.

6. Deemer AD, Massof RW, Rovner BW et al., Functional outcomes of the low vision depression prevention trial in age-related macular degeneration. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2017;58: 1514-20.

7. Fortini S, Rellini E, Gli aspetti psicologici del soggetto ipovedente, in: La riabilitazione visiva - Quaderni di Oftalmologia, Programma di Aggiornamento Continuo. Editore SOI. 2014; 27-38.

8. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ, Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13:180–7.

9. Kempen GI, Ballemans J, Ranchor AV et al., The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. Qual Life Res. 2012;21:1413.

10. Mitchell J, Bradley C, Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature. Health Qual Life Outcomes. 2006;4:97.

11. Pelletier Macchiagodena LA, Dubuc S, Wittich W et al., Self-efficacy and depression among low vision seniors. Proceedings of the 9th International Conference on Low Vision, Vision 2008, Montreal, Quebec, Canada. July 7-11, 2008.

12. Rees G, Tee HW, Marella M et al., Vision-specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2010;51:2891-6.

13. Rovner BW, Casten RJ, Hegel MT et al., Low vision depression prevention trial in age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2014;121:2204-11.

14. Rovner BW, Casten RJ, Hegel MT et al., Minimal depression and vision function in age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2006;113:1743-7.

15. Turco S, Amore F, Libro bianco sulla riabilitazione visiva in Italia. Allegato di "Oftalmologia Sociale" – Rivista di sanità pubblica – Anno XXXVIII – n.2 – 2015.

16. van der Aa HP, Hoeben M, Rainey L et al., Why visually impaired older adults often do not receive mental health services: the patient's perspective. Qual Life Res. 2015;24:969-78.

17. van der Aa HP, van Rens GH, Comijs HC et al., Stepped-care to prevent depression and anxiety in visually impaired older adults – design of a randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2013;13:209.

18. Yuzawa M, Fujita K, Tanaka E et al., Assessing quality of life in the treatment of patients with age-related macular degeneration: clinical research findings and recommendations for clinical practice. Clin Ophthalmol. 2013;7:1325-32.

PHOTOGALLERY

Campagna #ProspettiveNuove, Street art contro la cecità evitabile e le maculopatie (Milano, 16-21 giugno 2017)

Da destra la dott.ssa Stefania Fortini (Polo), Nicoletta Carbone (Radio24), Tiziano Melchiorre (IAPB Italia) e il dott. Filippo Amore (Polo Nazionale)

Dona ora

Sostieni la IAPB Italia Onlus

5x1000

Devolvendoci il tuo 5x1000 nella dichiarazione dei redditi

5x1000

DEVOLVI IL TUO 5X1000 ALLA IAPB ITALIA

8 0 2 1 0 3 1 0 5 8 9

È il codice fiscale da indicare nel modulo per la scelta della destinazione del 5x1000

SOSTENERE LA NOSTRA BATTAGLIA È MOLTO SEMPLICE

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF

SOSTEGNO DEL VOLONTARIATO E DELLE ALTRE ORGANIZZAZIONI NON LUCRATIVE DI UTILITA' SOCIALE, DELLE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE E DELLE ASSOCIAZIONI E FONDAZIONI RICONOSCIUTE CHE OPERANO NEI SETTORI DI CUI ALL'ART. 10, C. 1, LETT A), DEL D.LGS. N. 460 DEL 1997

FIRMA Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 8 0 2 1 0 3 1 0 5 8 9

1. INDICA come beneficiario la sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità (IAPB Italia onlus) nella tua dichiarazione dei redditi.

2. RIPORTA il nostro codice fiscale **(80210310589)** nella sezione che riportala dicitura "sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni...".

3. FIRMA e la tua buona azione è fatta.

Si tratta di una scelta virtuosa che non comporta per te alcuna spesa, ma aiuta a sconfiggere le malatte oculari.

IAPB ITALIA ONLUS

PER AMORE DELLA VISTA

Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus
via U. Biancamano, 25
00185 Roma - www.iapb.it

Controlli oculistici gratuiti a bordo di Unità mobili oftalmiche, oculisti a disposizione telefonicamente (numero verde di consultazione gratuita 800-068506), nel nostro Forum (www.iapb.it/forum) e via e-mail (info@iapb.it), campagne di sensibilizzazione e di prevenzione nelle scuole.
Sono alcune delle attività promosse dalla IAPB Italia onlus che potrai sostenere devolvendoci il tuo 5x1000.

Questo gesto, che non comporta per te alcuna spesa, ci aiuta concretamente a sconfiggere le malattie oculari.

Appuntati sin d'ora il nostro codice fiscale e fanne buon uso. Contiamo sul tuo aiuto.