

2 2024
APRILE-GIUGNO



IAPB
ITALIA

ONLUS

PER AMORE DELLA VISTA

**OFTALMOLOGIA
SOCIALE**

**L'IDEONEITÀ: IL CRITERIO
FONDAMENTALE
PER LAVORARE
E AGIRE IN SICUREZZA**

**40 ANNI DELLA FONDAZIONE
G.B. BIETTI PER LO STUDIO
E LA RICERCA IN
OFTALMOLOGIA**

**DECRETI ATTUATIVI GESTIONE
DELLA DOMANDA E LISTE
DI ATTESA: LE NUOVE SFIDE
DEL PANORAMA NORMATIVO**

Le stagioni della vista

La continuità delle cure in oftalmologia



13-14 settembre 2024

Centro Congressi Lingotto - Torino

Per informazioni e iscrizioni
www.amgo.it



PRESIDENTI
Mario Barbuto
Michele Reibaldi

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Filippo Amore
Federico Bartolomei
Tiziano Melchiorre
Giorgio Ricci
Simona Trudu

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Istituto dei Ciechi F. Cavazza
Bologna
formazione@cavazza.it
Tel. 051 332090
www.amgo.it

CREDITI
ECM



"LE STAGIONI DELLA VISTA" IL CONVENGO NAZIONALE AMGO-UICI 2024

Il 13 e 14 settembre 2024 si terrà a Torino la nuova edizione del Convegno Nazionale AMGO-UICI "Le stagioni della vista" organizzato come sempre in collaborazione con l'Istituto dei ciechi F.Cavazza e con il patrocinio di IAPB-Italia. Al centro dei dibattiti l'importanza della prevenzione e della riabilitazione visiva a tutte le età

Non esiste un'età precisa per iniziare a prendersi cura della vista: il momento giusto è sempre.

Per questo, il focus della nuova edizione del **Convegno Nazionale AMGO-UICI 2024 "Le stagioni della vista"** è nuovamente la prevenzione e la riabilitazione visiva, tematiche care a tutti ma in particolar modo all'UICI, che da sempre è in prima linea per le persone ipovedenti e cieche.

Lo spirito del convegno è itinerante e l'obiettivo, ancora una volta, è diffondere sul territorio nazionale i principi fondamentali per la **promozione** e la **sensibilizzazione alla salvaguardia della vista**.

Si parlerà di riabilitazione come parte integrante del percorso di cura della persona strettamente correlata alla diagnosi e alle terapie, grazie alla partecipazione di relatori d'eccezione di livello nazionale e

internazionale. Ogni anno, gli iscritti provengono da tutta Italia, rendendo l'evento un momento di ritrovo e condivisione tra professionisti del settore che omaggiano quello che è ormai diventato un appuntamento atteso nel mondo dell'oftalmologia.

Il convegno del prossimo settembre, che si terrà presso il **Centro Congressi Lingotto di Torino**, includerà una sessione plenaria in cui si affronteranno tematiche legate alla prevenzione e alla riabilitazione visiva durante tutte le "stagioni della vista", dall'età infantile fino alla terza età. Inoltre, sarà possibile partecipare a corsi teorici e pratici, acquisendo crediti ECM, e ascoltare due tavole rotonde su progettualità molto care all'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti, come, ad esempio, i COS (Centri Oculistici Sociali).

Direttore

Mario BARBUTO

Co-direttore

Demetrio SPINELLI

Caporedattore

Filippo CRUCIANI

Comitato di Redazione

Filippo AMORE

Michele CORCIO

Federico BARTOLOMEI

Federico MARMO

Leonardo MASTROPASQUA

Edoardo MIDENA

Antonio MOCELLIN

Marco NARDI

Roberto PERILLI

Antonello RAPISARDA

Simona TURCO

Segretari di Redazione

Tommaso VESENTINI

Gaia MELLONE

Comitato Scientifico Nazionale

prof. Francesco BANDELLO

Direttore della Clinica Oculistica dell'Università Vita-Salute,
Istituto Scientifico San Raffaele, Milano

prof. Stanislao RIZZO

Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Oculistica del Policlinico A. Gemelli,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

dott. Silvio Paolo MARIOTTI

Eye and Vision Care Team, World Health Organization, Ginevra

dott. Marco VEROLINO

Responsabile Oculistica Ospedali Riuniti Area Vesuviana ASL Na 3 Sud, Napoli

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

Questa rivista usufruisce del Contributo per l'Editoria Speciale ai sensi della L.646/96 e successive modifiche.

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

(Tutte le collaborazioni sono da intendersi a titolo gratuito salvo diversi accordi col Direttore).

Titolare del trattamento dei dati è la Sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità





COVER STORY

"LE STAGIONI DELLA VISTA" IL CONVENGO NAZIONALE AMGO-UICI 2024

A cura di IAPB Italia Onlus



I CONTRIBUTI
DEL SSN

AUSILI VISIVI: IL DIFFICILE RAPPORTO CON IL SSN

Federico Bartolomei

L'EDITORIALE

6 IL VALORE DEL PASSATO E DELLA STORIA PER GARANTIRE UN CONTINUO PROGRESSO

A cura di IAPB Italia Onlus



AUSILI VISIVI
L'INTERVISTA

IPOVISIONE E AUSILI VISIVI IN ITALIA: TRA BARRIERE D'ACCESSO E MANCANZA DI INFORMAZIONE

A cura di IAPB Italia Onlus

IN EVIDENZA

8 LE PAROLE DEL PRESIDENTE 40 ANNI DELLA FONDAZIONE BIETTI: DALLE ORIGINI A OGGI

Prof. Mario Stirpe



IL LAVORO
DI IAPB ITALIA

IL MINISTRO DELLA SALUTE ORAZIO SCHILLACI IN PIENA SINTONIA CON IL LAVORO DI IAPB ITALIA

Tiziano Melchiorre

12 L'INTERVISTA IL PROFESSOR MARIO STIRPE SI RACCONTA

Filippo Cruciani



UNO SGUARDO
AL FUTURO

DALTONISMO, L'IMPORTANZA DEI COLORI PER IL PROPRIO FUTURO

Roberto Perilli

17 LA CELEBRAZIONE RICERCA E ASSISTENZA SANITARIA: QUALE FUTURO?

A cura di IAPB Italia Onlus



L'IMPORTANZA
DELLA
PREVENZIONE

LO SCREENING NEL GLAUCOMA: SOGNO O REALTÀ?

Pier Franco Marino



MODA E COLORI

DALTONISMO E MODA: UN PROGETTO INNOVATIVO PER SUPERARE LE DIFFICOLTÀ QUOTIDIANE

a cura di IAPB Italia Onlus



PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE

NEEDS ASSESSMENT: RAZIONALIZZARE LA DOMANDA E NON SOLO L'OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Roberto Perilli



L'USO
DEI FARMACI

LA SPESA FARMACOLOGICA OGGI IN ITALIA: CARATTERISTICHE PRINCIPALI

Filippo Cruciani, Federico
Marmo, Tiziano Melchiorre



LE LISTE D'ATTESA

UN PRIMO PASSO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Tiziano Melchiorre



IL DECRETO
ATTUATIVO

OBBLIGO ASSICURATIVO PER I SANITARI - DECRETO ATTUATIVO

Renato Mantovani



DOMANDA
SANITARIA:
COS'È?

GESTIONE DELLA "DOMANDA" IN SANITÀ

Federico Marmo



ARTICOLO
SCIENTIFICO

IDONEITÀ: DEFINIZIONE, CONSIDERAZIONI E INDICAZIONI PRATICHE

Federico Marmo, Ester Piegari,
Filippo Cruciani

S O M M A R I O



OFTALMOLOGIA SOCIALE RIVISTA DI SANITÀ PUBBLICA

Rivista di Sanità Pubblica Anno XLIV - n. 2 - 2024

Grafica: **GStrategy Srls** Roma

Stampa: **WORK'S srl** Roma

Chiuso in redazione il 22 luglio 2024

Vuoi che trattiamo un argomento di tuo interesse o che reputi importante per la vista? Scrivici su comunicazione@iapb.it

C
O
P
E
R
T
I
N
A



EDIT
ORIAL
ALE

IAPB

IL VALORE DEL PASSATO E DELLA STORIA PER GARANTIRE UN CONTINUO PROGRESSO

In questo numero, che vi terrà compagnia nei mesi estivi, vogliamo prenderci un momento per celebrare i 40 anni della Fondazione Bietti, un IRCCS che si è distinto nel panorama oftalmologico italiano per innovazione, continua ricerca e visione verso un futuro più inclusivo e con cure alla portata di tutti. Per questo abbiamo deciso di ospitare le riflessioni del Presidente, il Professor Mario Stirpe, proprio in occasione dei 40 anni dell'IRCCS fondazione G.B. Bietti. Saper onorare infatti il passato, e i passi compiuti, permette di avere chiari di fronte a sé gli obiettivi e i risultati da raggiungere nel futuro, affrontando i problemi di oggi. Come, ad esempio, la gestione delle lunghe liste di attesa, che allontanano i pazienti dall'ottenimento delle cure attraverso il Servizio sanitario nazionale, come ci racconta nel dettaglio il dottor Marmo, o di come ancor oggi l'utilizzo degli ausili e dei dispositivi di supporto alla vista sia ancora un percorso a ostacoli (ce lo racconta nel dettaglio il dottor Bartolomei Federico, dell'Istituto Cavazza). E ancora, rifletteremo insieme sulle nuove prospettive offerte dalle attività di screening per la prevenzione e cura del glaucoma, insieme al dottor Marino, e sulle innovazioni che una app inclusiva, nata da un progetto di tesi di laurea, potrebbe portare alle persone affetti da daltonismo (ce ne parla il dottor Perilli insieme alla dottoranda Clizia Lanciotti).

Affronteremo, inoltre, il caldo tema dei decreti attuativi in tema di obblighi assicurativi per gli operatori del Servizio sanitario nazionale, con l'avvocato Mantovan, e rifletteremo grazie alle firme di Cruciani, Marmo, Melchiorre sulle caratteristiche principali della spesa farmacologica oggi in Italia; l'articolo scientifico di questo mese "Idoneità: definizione, considerazioni e indicazioni pratiche" ad opera di Federico Marmo, Ester Piegari e Filippo Cruciani.

"Oftalmologia Sociale" ha sempre fatto della valorizzazione della storia e del sapere acquisito una sua cifra distintiva, ponendo le domande che sono quantomai urgenti e necessarie per sostenere il progresso della ricerca e delle cure in Oftalmologia, avendo sempre a cuore il benessere dei pazienti. Domande scomode a volte, a cui seguono sempre riflessioni audaci, fondamentali per mantenere viva l'attenzione e promuovere l'evoluzione di un sistema di cure e assistenza che sia sempre più efficace ed efficiente.

Vi auguriamo quindi una buona estate e una buona lettura, ricordandovi che durante la stagione estiva non vanno perse le buone abitudini di prevenzione e attenzione, soprattutto verso la vista dei più piccoli.

La redazione

Prof. Mario Stirpe, Presidente Fondazione G.B. Bietti per lo studio e la Ricerca in Oftalmologia

40 ANNI DELLA FONDAZIONE BIETTI: DALLE ORIGINI A OGGI

I primi quattro decenni dell'IRCCS raccontati dal suo fondatore, il prof. Mario Stirpe

Prima di tutto desidero ricordare chi mi ha accompagnato in questo corso: in primo luogo, **il professor Bucci**, un genio della ricerca nel campo del glaucoma, a lui si deve la terapia medica del glaucoma con betabloccanti per la prima volta al mondo.

La Fondazione Bietti nasce quarant'anni fa, nell'ottantaquattro, per quale ragione?

Nei primi anni Settanta mi ero unito negli Stati Uniti al gruppo di ricerca che coltivava un'idea comune alla mia su una tecnica chirurgica che avrebbe permesso di recuperare occhi sino ad allora destinati alla cecità, ovvero la vitrectomia, una procedura chirurgica che consiste nell'asportazione del corpo vitreo e

Dall'approvazione della legge negli anni Novanta, nessun paziente ha lasciato più il Paese per un trapianto di cornea.

Successivamente, attraverso la Fondazione, ho creato la "Banca degli Occhi" del Lazio che è stata localizzata presso l'ospedale San Giovanni di Roma.

nella sua sostituzione con un mezzo analogo all'interno dell'occhio, che viene definito "sostituto vitreale".

In quel periodo alternavo periodi di soggiorno tra gli Stati Uniti e l'Europa dove mi ero accorto della necessità di introdurre anche nel nostro continente una chirurgia fino a quel momento ignorata.

Nel 1980 organizzai a Roma il primo congresso internazionale sulla materia

con letture e documentazioni filmate tenute durante 3 giorni da tutti i componenti del nostro gruppo.

Immediatamente la Regione Lazio mi chiese di organizzare e dirigere un centro regionale per le malattie della retina.

Il centro raccolse subito una quantità enorme di pazienti, ma proprio la chirurgia per la quale era nato non poté essere attuata per un conflitto senza risoluzione tra la Regione Lazio e il Commissario di Governo.

Per soddisfare la richiesta dei pazienti chiesi, perciò, alla casa di cura San Domenico, che dal 1945 si occupava di chirurgia oculare, di concedere gratuitamente, per due volte alla settimana, la camera operatoria da me tempestivamente attrezzata per la nuova tecnica chirurgia (vitrectomia) all'interno della quale avremmo potuto ricevere gli ammalati che si rivolgevano al centro regionale.

Questa situazione si protrasse per 3 anni, finché, naufragato l'ultimo tentativo di accordo fra la Regione e il Commissario di Governo, lasciai la direzione





del centro. **Negli Stati Uniti avevo appreso il sistema delle fondazioni, allora in Italia guardate con molto sospetto** perché, come ebbe a dirmi un illustre esponente politico dell'epoca, nascevano per sottrarre fondi al fisco.

Portai avanti ugualmente la mia idea e nel 1984 varai la Fondazione che d'accordo con il mio amico e collega Prof. Bucci, dedicammo alla memoria del nostro grande maestro, il Prof. G. B. Bietti.

Gli scopi iniziali della Fondazione consistevano nella preparazione dei giovani che poi venivano avviati verso le strutture pubbliche, e alla ricerca di fondi per finanziare la ricerca di giovani di talento in procinto di lasciare il Paese.

Intanto, durante gli anni Ottanta esplose il problema dei trapianti di cornea. Secondo la normativa allora vigente, l'intervento di trapianto risultava "fuori legge" e la magistratura aveva iniziato una serie di inchieste.

Le Regioni italiane impegnavano una quantità di fondi per inviare i pazienti bisognosi di impianto presso istituti esteri e il disagio per i pazienti era grande.

La Società Oftalmologica Italiana chiedeva inutilmente alle forze politiche di modificare la legge. In questo stato di cose la Fondazione, nel giugno 1992, ha promosso uno schieramento politico guidato dall'allora Ministro del Lavoro **Franco Marini** con un'audizione alla Camera dove io stesso sono andato a discutere i motivi per i quali si ravvisava la necessità di cambiare la legge.

Gli argomenti portati non potevano essere contestati e due mesi dopo veniva votata la nuova legge che separava l'innesto del tessuto corneale dai trapianti di organo.

Da quel momento nessun paziente ha lasciato più il Paese per questo intervento. Successivamente, attraverso la fondazione, ho creato la "Banca degli Occhi" del Lazio che è stata localizzata presso l'ospedale San Giovanni di Roma.

Successivamente, con il Prof. Paolo Arullani abbiamo istituito la cattedra di clinica oculistica presso la nascente università Campus Biomedico.

Intanto, eravamo arrivati alla fine degli anni Novanta ed erano caduti i pregiudizi verso le fondazioni. Istituzioni pubbliche, soprattutto universitarie, scoprivano i vantaggi offerti dall'Istituzione di una fondazione.

La Fondazione Bietti, che aveva rappresentato un unicum, rientrava in un gruppo destinato ad allargarsi. Iniziai allora a coltivare l'idea della costituzione di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) che potesse dare ai giovani, seriamente dedicati alla materia, le stesse opportunità che avevo avuto negli Stati Uniti.

Questo è avvenuto nel 2005 con una motivazione da parte della Conferenza Stato-Regioni più per l'opera svolta che per la presenza di una struttura (in quel momento ero ospitato dal Fatebenefratelli Cassia). Era comunque sottolineato che avrei dovuto assu-





mere l'impegno per l'organizzazione di un Istituto che avrebbe accolto l'unico IRCCS monotematico in campo nazionale.

La site-visit triennale avrebbe accertato che questo fosse avvenuto. L'ospitalità ottenuta prima presso il Fatebenefratelli e poi presso il San Giovanni, era stata tollerata ma doveva rappresentare una soluzione transitoria.

Nonostante gli impegni presi: Consiglio Superiore di Sanità; Istituto Superiore di Sanità; Presidenza di qualche commissione Ministeriale e, soprattutto, una camera operatoria molto impegnativa, ho lavorato a lungo portando a termine con l'aiuto dei miei collaboratori la strutturazione di un Istituto definito un gioiello da parte di chiunque l'abbia visitato.

Avevo così onorato l'impegno preso con la Conferenza Stato - Regioni e costituito una solida base per il futuro.



Filippo Cruciani, Medico Oculista, referente scientifico di IAPB Italia Onlus

IL PROFESSOR MARIO STIRPE SI RACCONTA

Un luminare dell'oftalmologia nazionale e internazionale, un uomo di scienza che ha dedicato la sua vita alla ricerca e alla medicina fondando in Italia il primo IRCCS monotematico in onore del suo maestro, il Professore Bietti

Da tempo era desiderio della redazione di "Oftalmologia Sociale" di avere un incontro con il prof. Stirpe per discutere sulle tante criticità del **sistema sanitario italiano** ed in modo particolare sulla situazione che vive oggi l'oftalmologia, alle prese con richieste assistenziali sempre maggiori e con una sempre minore capacità di farne fronte.

Quale migliore occasione il convegno di celebrazione dei primi quarant'anni della Fondazione Bietti?

Ma la tanta gente presente, i tanti giornalisti, i tanti rappresentanti delle istituzioni non hanno concesso al professore un momento libero. L'incontro fu rinviato e si è svolto qualche settimana dopo in un tranquillo pomeriggio romano nell'abitazione del professore.

Una presentazione del prof. Stirpe crediamo non sia necessaria: tutti lo conoscono e sanno che cosa abbia rappresentato e che cosa rappresenti per l'oftalmologia italiana. Non possiamo però fare a meno di ricordare che:

- è stato tra i primi al mondo a ideare ed eseguire la vitrectomia, la chirurgia vitreo retinica ab interno che poi ha introdotto in Italia;
- è il fondatore e presidente dell'unico Istituto di cura a carattere scientifico (Irccs), tutto dedicato ad una specialità, in questo caso all'oftalmologia;
- è stato fautore della Legge sul trapianto di cornea,

che finalmente mise fine ai pellegrinaggi all'estero di tanti pazienti italiani;

- è stato membro del Consiglio Superiore di Sanità e del Comitato Scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità;
- è il presidente della Comitato Tecnico Ministeriale per la Prevenzione della Cecità.

L'incontro non poteva non iniziare con i nostri complimenti per l'enorme successo della celebrazione del **40° anniversario della Fondazione Bietti**. La sera precedente c'era stato il ricevimento al Quirinale con il Presidente della Repubblica e ciò basta per confermarne l'importanza al di là di tanti altri riscontri.

Il prof. Stirpe ringrazia, ma tende subito a precisare quale è stato il significato di quell'evento, così come lo aveva immaginato e realizzato: un convegno scientifico sullo stato della sanità in Italia con lo sguardo tutto rivolto al futuro. Due i temi principali su cui confrontarsi: *la ricerca e l'assistenza*, un connubio non sempre facile da realizzare, che è stato alla base di tutta la sua attività professionale, sin dai suoi primi passi nel mondo della medicina, e che si è concretizzato nella nascita della Fondazione Bietti, divenendone il primo obiettivo da perseguire.

Con questi presupposti il convegno si è incentrato nella tavola rotonda dal titolo "Ricerca e Assistenza Sanitaria: Quale Futuro?", come momento di confronto,

riflessione e individuazione per il **futuro** di un percorso possibile e sostenibile, evidenziando criticità e proponendo soluzioni.

I partecipanti - in un contesto multidisciplinare - erano tutti nomi molto illustri del mondo scientifico, politico, giornalistico: moderatore Gianni Letta, relatori Sabino Cassese, Paolo Savona, Andrea Riccardi, Napoleone Ferrara; come ultimo relatore il premio Nobel per la Fisica, Giorgio Parisi che, con intervento eclettico dal titolo "Come nasce un'idea", ha mostrato come da una scintilla casuale possa svilupparsi un fuoco che genera scoperte rivoluzionarie.

Facciamo notare al prof. Stirpe che abbiamo apprezzato molto il coinvolgimento di **scienziati di fama mondiale e di discipline diverse**, perché la ricerca oggi si basa proprio sul confronto e l'apporto di scienze apparentemente lontane tra loro. Gli confessiamo anche un certo nostro stupore per questo suo proiettarsi sul futuro con i piedi saldi nel presente "ma anche saldi nel passato, perché è il passato che genera il futuro".

Allora non può astenersi dal dirci come è nata e si è realizzata l'idea di creare la Fondazione Bietti.

All'inizio degli anni Ottanta, tornato in Italia dopo la mia esperienza in USA, maturai l'idea di creare un'istituzione che potesse continuare l'attività del mio maestro prof. Bietti, secondo le linee da lui stabilite, che coniugavano ricerca ad alto livello, assistenza, organizzazione sanitaria. Pensai ad una Fondazione. In Italia però le Fondazioni erano allora guardate con molto sospetto per motivi fiscali. Superai i tanti pregiudizi con l'aiuto della presidenza della Repubblica, che concesse il riconoscimento giuridico. La Fondazione, che chiamai con il nome del mio maestro scomparso improvvisamente qualche anno prima, era una novità in

medicina: ne esistevano pochissimi esempi. Affidai a Prof Bucci, mio fraterno amico, il settore della ricerca scientifica, mentre io mi occupai dei problemi assistenziali e soprattutto organizzativi. Fu il nostro un lavoro continuo fra non poche difficoltà. Ma i risultati non tardarono ad arrivare. Furono creati stretti rapporti di collaborazione con Istituzioni pubbliche e soprattutto con Università. Iniziai allora a coltivare l'idea della costituzione di un IRCCS che potesse dare ai giovani che volevano dedicarsi alla ricerca grandi opportunità di lavoro.

E r a un'idea un po' utopistica perché alla Fondazione mancava una struttura assistenziale propria. Non mi scoraggiai e il risultato arrivò nel 2005, quando la Conferenza Stato-Regioni sorprendentemente accolse la richiesta, giustificandola con la grande attività svolta nella ricerca e nell'assistenza sino a quel momento, scommettendo sulla capacità della Fondazione di creare in seguito un Istituto proprio dove accogliere l'IRCCS. La site-visit



triennale avrebbe accertato poi che il tutto fosse realizzato, pena la revoca dell'autorizzazione. Fu un successo quasi insperato. Per la prima volta veniva riconosciuto un IRCCS monotematico, tutto dedicato all'oftalmologia, in campo nazionale e ritengo che sia stato anche il primo e forse l'unico esempio di un affidamento con motivazione di stima per il lavoro svolto.

Lavorai in seguito con determinazione per soddisfare le richieste della Conferenza Stato-Regioni. Ottenni prima l'ospitalità presso il Fatebenefratelli e poi presso il San Giovanni come soluzione transitorie. In seguito con l'aiuto della Fondazione Roma e dell'IRCCS Neuromed (nel frattempo entrato a far parte della nostra assemblea) e in particolare di tutti i miei collaboratori sono riuscito a realizzare la strutturazione di un Istituto proprio, onorando l'impegno preso con la Conferenza Stato - Regioni e soprattutto creando una solida base per il futuro.

Il colloquio continua sulle **criticità dell'oftalmologia contemporanea** caratterizzata da scoperte rivoluzionarie con il supporto di una tecnologia all'avanguardia, ma che non sempre si riesce a tradurle appieno nella pratica assistenziale estesa a tutti, specialmente per gli alti costi. È soprattutto in campo chirurgico che si registrano i più grandi successi.

Notiamo che quando si parla di **chirurgia** gli occhi del professore si illuminano e che questo è un argomento che ama moltissimo. Ne approfittiamo e gli rivolgiamo la domanda.

Lei è stato uno dei massimi chirurghi oculisti italiani. Ci parli di questa sua attività dei suoi successi, ma anche di qualche inevitabile sconfitta.

La chirurgia è stata sempre il mio massimo interesse e la sala operatoria la mia casa. Sin da ragazzo sono stato un appassionato dell'antiquariato e del restauro, gli artigiani romani dicevano che avevo una buona

L'incontro con il Prof Bietti fu per me in qualche modo sorprendente: un genio riconosciuto nelle materie che aveva coltivato, che non manifestava nessuna delle caratteristiche di quei personaggi definiti "baroni". Al contrario, il rispetto per il prossimo, l'attenzione, la valorizzazione delle altrui capacità e la vocazione alle opere umanitarie emergevano come dati che non tardavi a scoprire.

manualità naturale e mi incoraggiavano a continuare. Ma il mio mondo era la medicina. A 13 anni avevo già deciso che la mia vita sarebbe stata dedicata ad essa. Questo convincimento era motivato dal sentimento di ammirazione verso mio padre, clinico ed umanista che ben convinto cattolico fu il primo in Italia nel policlinico di Roma ad utilizzare la morfina per lenire il dolore nei malati terminali. Nonostante la mia età, mi appassionavano le argomentazioni portate da mio padre e Costantino Mortati, già autore della Costituzione Italiana, negli incontri con Pio XII che portarono al cambiamento dell'ordinamento della chiesa sull'uso della morfina nei malati terminali.

Amavo la clinica medica, ma sentivo il bisogno di assumere una mia personalità. L'occhio mi affascinava sebbene all'inizio mi sembrasse una limitazione occuparsi solo della patologia di una piccola parte del corpo. Superai ben presto queste perplessità ed entrai nella scuola di specializzazione di clinica oculistica diretta dal prof. Bietti. Subito mi appassionai alla chirurgia oftalmica e in particolare alla microchirurgia retinica e alle sue complicità.

Durante un viaggio negli Stati Uniti, in cui accompagnavo il prof. Bietti, avevo avuto modo di assistere ad uno scontro verbale tra Schepens e Kasner che sostenevano la possibilità della rimozione del vitreo per la risoluzione di alcune patologie posteriori. Era allora una posizione che il mondo scientifico condannava decisamente. Passò poco tempo e Kasner pubblicò un lavoro in cui riferiva di aver eseguito con successo una vitrectomia *open sky* su un occhio affetto da amiloidosi: era il primo al mondo. Ne rimasi affascinato. Nel frattempo, ebbi la fortuna di conoscere e frequentare il prof. Benedetto Strampelli, uno dei più geniali chirurghi dell'oftalmologia non solo italiana, ma anche internazionale. L'ho sempre definito "il genio artigianale dell'oftalmologia" per le sue tante invenzioni nelle

metodiche e nella progettazione di strumenti. Osservandolo in quello che ha rappresentato l'intervento più rivoluzionario da lui ideato, l'odontocheratoprotesi, rimasi stupito per la quantità di vitreo che asportava. Gli chiesi il perché e se ciò non costituisse un problema per il futuro. "Al contrario - mi rispose - è fondamentale per la riuscita dell'intervento e per prevenirne le complicanze!".

Mi resi in seguito conto dell'importanza di questa osservazione durante gli interventi intracapsulari di cataratta con fuoriuscita di vitreo. Facendo tesoro di tutto ciò e sulla scia del lavoro pubblicato da Kasner, iniziai la rimozione *open sky* del vitreo nei casi complicati da retinopatia proliferativa. Qualche raro successo mi incoraggiava a cercare il perfezionamento nella tecnica.

Professore, è stata questa la scintilla che ha portato alla nascita di un'idea, secondo la relazione del prof. Parisi?

Credo proprio di sì, perché **veniva sfatato una sorta di tabù dell'oftalmologia** che il bulbo oculare fosse intoccabile nella sua parte posteriore vitreo retinica; la chirurgia poteva agire dall'esterno, ma mai dall'interno. Comunque, le cose cambiarono dopo un viaggio negli Stati Uniti del prof. Bietti, dove era stato invitato a tenere la *Proctor lecture* e dove conobbe il dott. Robert Machmer, figlio di un'oculista tedesco morto nell'ultima guerra, amico del Prof. Bietti, che stava seguendo le orme del padre. Egli volle illustrare al professore la sua nuova tecnica di vitrectomia *closed eye*, che stava sperimentando con l'aiuto di un brillante tecnico, Jean Marie Parel. Tornato a Roma il Prof. Bietti mi raccontò quanto aveva visto. Mi disse che aveva molti dubbi circa la validità di questa tecnica; comunque, se ci fosse stato un qualche futuro per la vitrectomia vitreo retinica, sarebbe avvenuto con la tecnica *closed eye*, e non con la mia *open sky*.

Le mie perplessità vennero ben presto superate da una lettera proveniente dal Bascom Palmer. Machmer scriveva al Prof. Bietti invitandomi a far parte del grup-

po di Miami, sottolineando che ogni idea era la benvenuta. Ho ripensato spesso al ruolo del Prof. Bietti e alla lungimiranza di un grande maestro che, pur dubbioso sulle possibilità di una tecnica, ne favoriva l'approfondimento.

A Miami entrai in un gruppo compatto e pieno di entusiasmo per le prospettive che si aprivano. Ne facevano parte Machmer che conduceva il gruppo e poi Michels, Blankenship, Blumenkranz, Clakson ed altri eccellenti colleghi che progressivamente si avvicinavano al gruppo. Le nostre conoscenze erano arricchite dalla presenza di personaggi come Norton, Gass e Green.

Così è nata la vitrectomia a livello mondiale ed io mi impegnai a portarla in Italia. Sono rimasto sempre in contatto con quel gruppo ed insieme abbiamo affinato le tecniche e fatto maggiori scoperte.

Il colloquio continua sul ruolo svolto dal professore in questo contesto, soprattutto da un punto di vista chirurgico. Ci dice che si è sempre affidato al principio: "*lo credo in quello che vedo*".

In tutto il tempo trascorso insieme i riferimenti al prof. Bietti sono stati continui, anche quando si è parlato delle problematiche del presente. Per questo è stata inevitabile la nostra domanda.

Professore, ci parli un po' di questo grande oftalmologo che ha portato l'oftalmologia italiana ai vertici mondiali e del quale Lei è il successore: ne ha raccolto l'eredità di scienziato e clinico ed ha cercato in tutti i modi di continuarne l'attività.

L'incontro con il Prof Bietti fu per me in qualche modo sorprendente: un genio riconosciuto nelle materie che aveva coltivato, che non manifestava nessuna delle caratteristiche di quei personaggi definiti "baroni". Al contrario, il rispetto per il prossimo, l'attenzione, la valorizzazione delle altrui capacità e la vocazione alle opere umanitarie emergevano come dati che non tardavi a scoprire. Non vi è dubbio che egli abbia influenzato ogni campo dell'oftalmologia: anatomico,



fisiologico, semeiologico, clinico e terapeutico con ricerche illuminanti ed innovative. Aveva anche grandi capacità organizzative: creò reparti specializzati che hanno costituito un modello per università nazionali ed internazionali, ma soprattutto portò la clinica oculistica di Roma ad essere una sorta di fucina scientifica. Il prof. Bietti si definiva cittadino del mondo e questa sua apertura mentale aveva dato nel nostro Istituto largo spazio al sabbatico per i migliori ricercatori internazionali ai quali il Professore offriva mezzi finanziari e collaborazioni interne da parte degli allievi maggiormente votati alla ricerca scientifica.

Egli fu tra i primi in Europa ad essere chiamato a far parte dell'OMS. Nei primissimi anni '50 ci fu la prima riunione ufficiale dell'OMS, mi raccontò il prof. Vozza, che aveva accompagnato il prof. Bietti, che l'Italia fu accolta come una "cenerentola". Avevamo perso la guerra. Durante la seduta, tuttavia, si manifestò una imbarazzante difficoltà di comunicazione tra i membri, molti dei quali erano limitati alla conoscenza della sola lingua di appartenenza. In questa condizione emerse l'incredibile coltura linguistica del Professore che in breve divenne l'arbitro della seduta, divenendo anche per il prosieguo punto di riferimento. Il prof. Bietti era anche molto dedicato alle organizzazioni dei ciechi ed ipovedenti per i quali nutriva molto rispetto. **Fu egli a fondare in Italia la sezione dell'Agenzia Internazio-**

nale della Prevenzione della Cecità (IAPB-Italia).

Ormai giunti al termine del colloquio rivolgiamo al prof. due ultime domande.

Lei è il Presidente del Comitato Tecnico Ministeriale per la Prevenzione della Cecità. Che cosa ci può dire in merito?

Il Comitato per la Prevenzione della Cecità era stato creato con Ferruccio Fazio seguendo le linee per il progetto "Vision 2020" verso il quale la maggior parte delle nazioni si sono dimostrate inadempienti. **Ho voluto ugualmente mantenere in vita il comitato con la speranza di una attivazione nel segnalare i problemi più critici della nostra materia.** Spero che questo venga compreso maggiormente tra i componenti.

Infine, una triste nota. Oggi il mondo oftalmologico è diviso. La SOI, che ha una storia gloriosa e che ha visto gli oculisti italiani sempre uniti tanto da rappresentare – a detta di tutti – la "casa comune", è spaccata e abbandonata da moltissimi oculisti. Che cosa si potrebbe fare?

L'egoismo e l'arroganza sono figli della stupidità del soggetto che l'esercita. Il risultato dei litigi è evidente: una fine ignobile. Rimango tuttavia dell'idea che la SOI debba ritornare ad essere l'organo rappresentativo dell'oculista italiano.

A cura di IAPB Italia Onlus

RICERCA E ASSISTENZA SANITARIA: QUALE FUTURO?

L'IRCCS G.B. Bietti ha celebrato i suoi primi 40 anni con un convegno a Roma, facendo il punto sui temi caldi della sanità in Italia

Il futuro della ricerca e dell'assistenza sanitaria è stato al centro del dibattito tra illustri relatori durante il convegno tenutosi a Roma lo scorso marzo in occasione delle celebrazioni del 40° anniversario della Fondazione Bietti.

Nata da un sogno visionario e caparbio, la Fondazione Bietti è guidata ancor oggi dal suo ideatore e Presidente professor Mario Stirpe – pioniere della legge che ha permesso il trapianto di cornea in Italia – ed è l'unico Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IRCCS esclusivamente dedicato all'oftalmologia in Italia.

Quarant'anni, quelli celebrati dalla Fondazione Bietti, di impegno verso la comunità scientifica e i cittadini. Un anniversario che ha coinciso con l'accreditamento dell'IRCCS con il SSN e la Regione Lazio, l'apertura delle nuove sale operatorie e il pieno impiego di un'intera ala dell'Ospedale Britannico di Roma – sede attuale della Fondazione Bietti – ristrutturata, equipaggiata da tecnologie avveniristiche, laboratori di ricerca, ambulatori e sale operatorie.

Sempre attenta a intercettare gli sviluppi futuri della sanità, per celebrare i suoi primi quattro decenni la Fondazione ha, dunque, ospitato la tavola rotonda "Ricerca e Assistenza Sanitaria: Quale Futuro?", moderata da Gianni Letta, giornalista e politico già Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consi-

glio dei Ministri – e che ha visto come relatori Sabino Cassese, Paolo Savona, Andrea Riccardi, Napoleone Ferrara e le partecipazioni speciali da parte del Premio Nobel per la fisica (nel 2021), Giorgio Parisi che ha trattato il tema: "Come nasce un'idea" e Alexander J. Brucker, oftalmologo di fama mondiale. Un momento di confronto, dunque, e riflessione sui temi dell'organizzazione e della programmazione della Ricerca e dell'Assistenza Sanitaria, che ha dato l'indirizzo per un futuro possibi-

le e sostenibile, indicando le criticità e proponendo soluzioni.

«È doveroso festeggiare i 40 anni della Fondazione G.B. Bietti e, con essa, l'opera del prof. Mario Stirpe, che ha saputo conciliare il rigore scientifico e la passione per la ricerca con l'attenzione umana ai pazienti.

L'introduzione nel nostro Paese di strumenti diagnostici e terapie d'avanguardia per la cura della vista rappresenta un'eccellenza, è merito del prof. Stirpe, che non ha mai rinunciato all'idea di una sanità inclusiva e per tutti. Se ne avverte particolarmente il valore in un tempo di crisi del Sistema sanitario nazionale e di crescita della cosiddetta "povertà sanitaria", con milioni di nostri connazionali costretti a rimandare le cure o a indebitarsi per la propria salute» ha commentato il prof. Andrea Riccardi, fondatore della Co-

“L'introduzione nel nostro Paese di strumenti diagnostici e terapie d'avanguardia per la cura della vista rappresenta un'eccellenza, è merito del prof. Stirpe, che non ha mai rinunciato all'idea di una sanità inclusiva e per tutti.”

munità di Sant'Egidio, tra i relatori del convegno con il tema "Universalità delle cure e inclusione: una meta raggiungibile".

Il Presidente della Comunità di Sant'Egidio ha ricordato, inoltre, la virtuosa collaborazione dell'IRCCS Bietti e la Comunità di Sant'Egidio insieme alla Fondazione OneSight EssilorLuxottica ETS Italia che si è concre-

tizzata nella realizzazione dell'iniziativa di prevenzione visiva e salute pubblica "Ci vediamo a Corviale"-tappa romana di un progetto più ampio che si pone l'ambizioso obiettivo di rendere libere da problemi visivi aree urbane particolarmente disagiate - e nella gestione del Vision Center all'interno dell'Hub San Gallicano di Roma, Centro di Assistenza Oculistica



che fornisce visite oftalmiche gratuite alle persone meno fortunate assistite dalla Comunità di Sant'Egidio.

“Un incontro tra un'eccellenza diagnostico terapeutica e persone in difficoltà ad accedere al Servizio sanitario nazionale – ha spiegato Ricciardi -; del resto tra gli scopi della Fondazione Bietti espressi nel suo Statuto si legge la volontà di garantire i livelli elevati di competenze e conoscenze in campo oftalmologico, mettendole a disposizione dei cittadini e del Servizio sanitario nazionale. È una storia diversa da quella di Sant'Egidio, ma c'è una convergenza profonda su come rendere possibile l'universalità delle cure, includendo persona dopo persona, contro la negazione del diritto alla salute. Iniziative come queste – conclude – rendono l'Italia un Paese che dimostra la sua anima, la solidarietà umana, la capacità di comprendere oltre qualunque confine, che vi è una responsabilità che chiama ognuno di noi. Ciascuno può fare la differenza nella vita degli altri perché sono convinto che offrendo agli ultimi servizi di qualità, la società sarà migliore.

“Sostenibilità della ricerca scientifica e dell'assistenza: una sfida per i nuovi modelli economici” è stato, invece, l'argomento affrontato dal prof. Paolo Savona, Professore emerito di politica economica e Presidente della Consob – Commissione Nazionale per le Società e la Borsa - che ha messo in relazione la durata media della vita in Italia con le spese sanitarie e di ricerca nel settore, come variabili sono tra loro in stretta correlazione: «Andando alla radice delle crescenti insoddisfazioni sul SSN, possiamo individuare tre categorie: tempi di attesa delle prestazioni, soprattutto per le innovazioni diagnostiche e di cura; frammentazione delle prestazioni nel territorio che causano una distribuzione iniqua delle risorse; disparità di trattamento a livello europeo. Possiamo, dunque, pervenire alla conclusione che la soluzione passa dalle scelte degli organi della democrazia, sotto vincolo delle ri-

Un momento di confronto e riflessione sui temi dell'organizzazione e della programmazione della Ricerca e dell'Assistenza Sanitaria, che ha dato l'indirizzo per un futuro possibile e sostenibile, indicando le criticità e proponendo soluzioni.

sorse disponibili – prosegue Savona -. Per le spese di ricerca in materia va sottolineata l'eterogeneità dei fini e la necessità di una maggiore loro finalizzazione alla soluzione delle insoddisfazioni indicate e individuando nelle IRCCS il modello, anche economico, più adatto da seguire, unitamente alle

tecniche che vanno sotto il nome di “telemedicina”.

A sua volta, Sabino Cassese, giurista e già Giudice della Corte Costituzionale italiana ha parlato, invece, de “Il ruolo della ricerca scientifica nel progetto del Paese e dell'Europa: una visione istituzionale e costituzionale”: «Questo tema evoca il rapporto tra ricerca scientifica e istituzioni e riapre una più vasta problematica, quella del rapporto tra sapere e potere, quindi dell'influenza della scienza sulla politica e, viceversa, della politica sulla scienza – commenta Cassese -. La ricerca nel campo sanitario è in funzione del Servizio sanitario nazionale, per raggiungere gli obiettivi fissati dal Ministero della Salute.

Vi è quindi una relazione stretta tra ricerca scientifica e diritto alla salute come è dimostrato dagli aspetti organizzativi e funzionali dell'assetto della sanità. L'assetto dato alla materia vent'anni fa si è rivelato soddisfacente, ma questo non vuol dire che non vi siano problemi aperti».

«Quello che nel nostro IRCCS facciamo è portare la ricerca all'avanguardia nelle cure di tutti i giorni – ha concluso il Professor Mario Stirpe, Presidente e fondatore della Fondazione Bietti -. Non a caso, questo primo anno di convenzione con la Regione Lazio è un punto di partenza importante: continueremo a contribuire ad incrementare le attività assistenziali del SSN. La Fondazione Bietti è certa di poter svolgere un ruolo nell'abbattimento di liste di attesa, non solo per le patologie di maggiore complessità per le quali possiede una forte referenzialità ma anche per le chirurgie più routinarie che purtroppo patiscono importanti ritardi ancora oggi».

Pier Franco Marino, Medico Oculista

LO SCREENING NEL GLAUCOMA: SOGNO O REALTÀ?

La diagnosi precoce del glaucoma e la sua prevenzione è fondamentale per ridurre le conseguenze invalidanti di questa malattia e migliorare l'efficacia del sistema sanitario

Il glaucoma è una assonopatia distale progressiva delle cellule gangliari della retina, caratterizzata istopatologicamente dalla apoptosi degli elementi cellulari e funzionalmente da alterazioni caratteristiche del campo visivo, frequentemente associata a un aumento del tono oculare.

Si tratta di una malattia con una elevata prevalenza e forte capacità invalidante, dove, per anni si è ritenuto che lo screening non fosse realizzabile, sia per motivazioni di carattere economico, che tecnico organizzative, nonostante le **dimensioni pandemiche** (112 milioni di pazienti stimati dal W.H.O. nel 2040) e **l'efficacia della prevenzione terziaria** (terapia) nel ridurre le complicanze invalidanti. Secondo le stime del rapporto OMS "World report on vision" pubblicato nel 2019, si stima che almeno 2,2 miliardi di persone abbiano una disabilità visiva, di cui almeno un miliardo ha una disabilità visiva che avrebbe potuto **essere prevenuta** o che non è stata presa in carico.

Questo miliardo di persone comprende in prevalenza persone con deficit della vista da vicino causato da presbiopia non corretto (826 milioni), ma anche deficit moderato o grave della vista da lontano o cecità a causa di un errore di rifrazione non corretto (123,7 milioni), cataratta (65 milioni), opacità corneale (4,2 milioni), retinopatia diabetica (3 milioni) e tracoma (2 milioni).

In Italia, secondo il Rapporto ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea del 2022 (dati 2019)", l'1,9% delle persone dai

15 anni in su soffre di gravi limitazioni sul piano visivo. Questa percentuale sale al 5,0% tra gli chi ha più di 65 anni e all'8,0% tra chi ha più di 75 anni. Per quanto riguarda le limitazioni moderate nella vista, ne soffre il 16,7% della popolazione (il 28,8% di chi ha più di 65 anni e il 33,9% di chi ha più di 75 anni).

Tabella 1

Percentuale di persone con limitazione della vista in Italia

| | Moderata | Grave | Moderata+grave |
|---------------|----------|-------|----------------|
| 15 anni e più | 16,7 | 1,9 | 18,6 |
| 65 anni e più | 28,8 | 5,0 | 33,8 |
| 75 anni e più | 33,9 | 8,0 | 41,9 |

Il recente **Report della ricerca CERGAS-SDA Bocconi per IAPB** "L'impatto della diagnosi precoce oftalmica su carico assistenziale e spesa del SSN: Il caso della retinopatia diabetica e prime valutazioni per glaucoma e maculopatie" ha cercato di approfondire alcuni aspetti della prevenzione del glaucoma in collaborazione con il gruppo di lavoro formato ad hoc (C. Costagliola, G. Manni, P.F. Marino).

In Italia, si è avuta finora una limitata attenzione alle opportunità di prevenzione e di diagnosi precoce per le tre patologie oculari maggiormente prevalenti, quali la retinopatia diabetica (30% della popolazione affetta da diabete di tipo 1 e 2 che rappresenta circa il 6,3% della popolazione italiana, Ministero della Salute



2023), il **glaucoma** (2,51% della popolazione europea tra i 40 e 80 anni, Tham et al., 2014, WHO, 2019) e le maculopatie (12,3% della popolazione europea, Wong et al., 2014), nonostante si tratti di malattie caratterizzate da una “**finestra terapeutica**” che consentirebbe di rallentarne la progressione, limitando così le conseguenze invalidanti.

La **prevenzione oftalmica** in Italia può essere ricondotta all'attività di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche previste nell'Allegato 1 - sotto area di intervento F3 del DPCM del 12 gennaio 2017 (aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza) che prevede «la prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale». L'attenzione si è giustamente concentrata sulle patologie croniche incluse nel Piano Nazionale della Cronicità, lasciando tuttavia il presidio di altre aree nosologiche, comunque rilevanti, a iniziative spesso da parte di attori esterni al SSN e, quindi, spesso scarsamente integrate nei per-

corsi di presa in carico delle patologie.

Il maggior limite alla diffusione di questo tipo di intervento è rappresentato dalla necessità di ricorrere alla **visita oculistica quale insostituibile strumento di screening** della popolazione, che si scontra con la difficoltà di effettuazione, in quanto rappresenta una delle prestazioni ad oggi maggiormente critiche in termini di accesso (Rapporto CREA 2022; Cittadinanzattiva, 2023) per i lunghi tempi di attesa.

Questa situazione è determinata anche dal fatto che molte persone in lista d'attesa sono pazienti **over-treated**, cioè affetti da patologia oculistiche croniche, controllati periodicamente, non consentendo così di dare una risposta adeguata a un'ampia porzione di soggetti che si ritrovano ad essere **under-treated**, per mancanza di follow up, oppure **undediagnosed**, dove l'underdetection rate per il glaucoma è superiore al 50%, per motivi legati sia alla natura della malattia, che alla mancanza di idonei programmi di screening.

Si tratta, quindi, di individuare le soluzioni tecnologiche e modalità operative (flow chart e algoritmi) che

consentano un accesso appropriato alla prestazione costruendo una sorta di **canalizzazione** sia per l'esecuzione di test diagnostici richiesti per la diagnosi definitiva, che per il percorso di monitoraggio di pazienti a rischio.

È chiaro, quindi, che raccomandazioni sull'importanza di adeguati percorsi di diagnosi possono essere fatti anche con riferimento al glaucoma, patologia con una prevalenza stimata a livello globale del 3,5% nella popolazione tra i 40 e gli 80 anni, con proiezioni maggiori nei prossimi decenni a causa dell'invecchiamento della popolazione (Tham et al., 2014; Wong et al., 2014). A livello globale si stimano pertanto circa 76 milioni di persone affette da glaucoma, mentre i soggetti che presentano "moderate or severe distance vision impairment or blindness" per questa malattia ammontano a 6,9 milioni (Tham et al., 2014).

In Italia non esistono studi epidemiologici su scala nazionale che diano numeri attendibili della prevalenza e incidenza della malattia glaucomatosa. Si stima comunque che nel nostro Paese ne soffrano un milione di persone, ma che **metà di esse non lo sappia**.

Al contempo, tuttavia, dal momento che la diagnosi di glaucoma è un percorso articolato e complesso, dove il primo possibile sintomo – l'elevato tono oculare – può non implicare necessariamente una successiva insorgenza del glaucoma, ne può derivare che **soggetti non affetti dalla patologia vengano inseriti a vita in trattamenti farmacologici** prima dell'esordio della patologia. A tale riguardo, un panel di esperti ha stimato che in realtà il 50% dei pazienti in cura per il glaucoma non soffre della patologia (Caprioli e Zeyen, 2019), ma riceve terapie con funzione di fatto preventiva¹. A tale riguardo è da segnalare come il Rapporto OsMed² sull'uso dei farmaci in Italia, pubblicato annualmente da AIFA, evidenzia come la **quasi totalità della spesa**

1 Tali costi erano stati stimati nel 2007 (Koleva et al., 2007), pari a oltre 340 euro annuali a paziente.

2 Cfr. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023.

farmacologica in campo oftalmico a carico del SSN sia riconducibile al trattamento del glaucoma. Nel 2022 i consumi più elevati sono rappresentati dai preparati antiglaucoma (21 DDD, pari al 98% del totale dei consumi di farmaci per disturbi oculari), tanto da riportare i farmaci con questa indicazione tra le prime 20 categorie terapeutiche a maggior quota di spesa su prezzo di riferimento.

Dal gruppo di lavoro coinvolto in questo progetto, è poi emerso come **l'inappropriatezza diagnostico/prescrittiva abbia conseguenze non solo cliniche ed economiche, ma anche organizzative**, in quanto i centri di secondo livello soffrono un sovraccarico di richieste inadeguate, in un contesto che ha visto una diffusa chiusura dei reparti di oculistica e una forte riduzione delle unità operative oftalmiche³, senza la contemporanea riorganizzazione dei servizi territoriali. Entrando nel merito del percorso diagnostico del glaucoma, è da sottolineare come allo stato attuale, **visita oculistica completa** resta l'intervento capace di garantire una diagnosi, la più precoce possibile, del glaucoma. È infatti l'oculista che in base ai risultati dell'esame clinico e strumentale del paziente stabilisce il percorso diagnostico da seguire, che può essere:

- Invio del paziente a una struttura di secondo livello che lo prenda in carico, raggiungendo una diagnosi precisa, e lo segua nel follow-up successivo.
- Presa in carico del paziente, se si dispone delle adeguate competenze e tecnologie.

L'attuale rete degli ambulatori oculistici territoriali presenta luci e ombre:

- Pur essendo distribuiti sul territorio in modo abbastanza capillare, non dispongono spesso di tecnologia adeguata, e il tempo stabilito per ogni visita non tiene conto della complessità dei singoli casi.
- Le prenotazioni attraverso i CUP prevedono la voce "ritorni", che rende possibile riprenotare il pa-

3 Cfr. Report "Vedere meglio, vivere meglio, tutti" di Filippo Cruciani, One-sight – Fondazione Luxottica: Sezione 3, capitoli 8 e 9 – 2023.



ziente presso lo stesso professionista, nel segno della continuità assistenziale.

- L'integrazione territorio/ospedale e territorio/università, si è realizzata solo in pochi casi, anche perché i centri di secondo livello, che facevano riferimento all'organizzazione ospedaliera, con i suoi reparti oculistici, sopravvivono solo in alcune realtà.

Benché la diagnosi e il trattamento precoce rappresentino l'approccio alla malattia attualmente più efficace, in letteratura non si sono trovate evidenze rispetto all'efficacia e alla costo-efficacia di possibili percorsi di screening di popolazione per il glaucoma (Hernandez, 2008; Tan et al., 2020). Facendo riferimento ai classici criteri di Wilson e Jungner (1968), emerge come di fatto non esista un test o esame per accertare la patologia nella fase latente.

Nel 2013 l'apposita commissione "U.S. Preventive Services Task Force Issue Final Recommendation Statement: Screening For Glaucoma", istituita per valutare l'efficacia della campagna di screening "Sight Saver Program Methods For Glaucoma Screening" effettuata negli Stati Uniti su 41.000 soggetti, tramite somministrazione di questionario ed esecuzione di fdt e tonometria, poiché lo studio non aveva raggiunto i livelli di sensibilità (95%) e specificità (85%) previsti per un test di screening per la prevenzione della cecità negli U.S.A., aveva così concluso i suoi lavori:

"The task force found that there was not enough evidence to determine the accuracy and effectiveness of

glaucoma screening in primary care settings for adults who do not have vision problems".

Based on this lack of clear evidence, the task force: *"[...] cannot make a recommendation for or against screening adults for glaucoma at this time"* (Washington d.c. July 9, 2013).

Su questo argomento ha ultimamente preso posizione la World Glaucoma Association che nella consensus conference n° 5 "Glaucoma Screening" è giunta alle seguenti conclusioni:

- *The best single test or group of test is yet to be determined.*
- *Optimal screening test criteria are not yet know.*
- *Screening of high risk subgroups may be more cost effective than screening the entire population.*
- *Screening may be cost effective as glaucoma prevalence increases.*
- *The optimal screening interval is not yet know.*
- *Screening may be cost effective when initial assessment is a simple strategy that could be supervised by non-medical technicians.*
- *Combination of screening tests and screening targeted at high risk population, such as blacks, relatives of glaucoma patients, shortsights are probably more cost effective than screening of the general population with a single test.*

Infatti, se si assume come cut off il valore della **tonometria** di 21 mm hg, questa non può essere usata co-

me test di screening in quanto la sensibilità, per valori inferiori a 21 mm hg, è <47,1%, con una specificità del 92,4%. Inoltre, gli studi di popolazione dimostrano che il 50% dei glaucomatosi ha un t.o.< di 22 mm hg al momento dello screening, mentre molti ipertesi oculari non sviluppano il glaucoma.

Anche le **misurazioni dei parametri del nervo ottico e dello strato delle fibre nervose retiniche** effettuate con strumentazione high tech hanno evidenziato una modesta attività diagnostica quando impiegate negli screening di popolazione. Infine, l'esame del **campo visivo** che rappresenta un esame psicofisico soggetto a numerose variabili attinenti sia al paziente che all'operatore, non rappresenta un esame proponibile come singolo test per lo screening del glaucoma nella popolazione.

Sembra comunque urgente cercare soluzioni alternative all'attuale organizzazione, che prevedano un **sistema capace di profilare la popolazione visitata in base al grado di rischio di sviluppare il glaucoma**, consentendo di indirizzare i pazienti che effettivamente necessitano di un accesso ai centri di secondo livello.

In tale scenario, oltre a testare soluzioni sperimentali come l'impiego di **figure sanitarie non mediche**, che operino a livello delle **Case della Comunità** o in altri setting come gli **ambulatori di medicina generale o le farmacie**, i pazienti possono essere targettizzati tramite **appositi calcolatori**⁴, strumenti che valutano in maniera pesata e integrata, i fattori di rischio della malattia, esprimendo uno score specifico, che indica la possibilità di sviluppare il glaucoma.

Lo screening si identifica nella prevenzione secondaria, quella cioè che mira a individuare la malattia precocemente ed è quindi rivolto a soggetti sani o apparentemente sani, e per tale motivo un test di screening ideale dovrebbe essere **sicuro, accettabile, utile per cambiare il decorso della malattia, sostenibile in ter-**

⁴ Si veda ad esempio quello proposto da Marino (2012, 2014), che peraltro già prevede un ruolo attivo ad altre figure professionali dell'ambito sanitario nel percorso di case finding.

mini economici e organizzativi, attendibile per specificità e sensibilità.

Poiché, sotto il profilo statistico epidemiologico, il valore predittivo del test dipende dalla prevalenza della malattia, per poter aumentare le capacità di individuare la patologia, **lo screening deve essere effettuato sulle sottopopolazioni ad alto rischio, in quanto tra queste la prevalenza sarà maggiore rispetto a gruppi non selezionati (raccomandazione W.G.A.).**

Per tale motivo, **lo screening del glaucoma deve essere di tipo selettivo**, articolato su due steps:

- Profilazione dei pazienti, per l'individuazione di quelli a rischio.
- Esecuzione di esami elettivi di approfondimento sui pazienti selezionati.

La profilazione del paziente deve essere fatta sulla base dei fattori di rischio evinti dai grandi studi di popolazione, che nel caso del glaucoma, sono i seguenti

- Collaborative Glaucoma Study
- Baltimora Eye Survey
- Australian Blue Mountains Eye Study
- Barbados Eye Study
- Rotterdam Study
- Roscommon Eye Study
- Beaver Dam Study
- Studio di Ponza
- Studio di Egna Neumarket

I fattori di rischio direttamente collegati al glaucoma sono:

- Razza
- Età
- Familiarità e grado
- Difetto refrattivo
- Tono oculare
- Pachimetria

L'*Integrated Risk Index* esprime, come valore numerico, il rischio di sviluppare la malattia. Ai pazienti selezionati in base al valore patologico dell'I.R.I. (> 0,3) andranno

somministrati esami diagnostici mirati, evitando, in tal modo, dispersioni di risorse e costi. L'effettuazione di più di un esame (**raccomandazione WGA**), configura una reale strategia di screening, aumentando la potenza diagnostica del metodo.

Questo algoritmo di calcolo (**Glaucoma Integrated Risk Index Profiling System: G.I.P.Sy.**) è diretto a tutti i professionisti che devono operare in presenza di flussi di utenza elevati, con pochi mezzi diagnostici high tech e che, per questo motivo, devono acquisire, con l'eventuale ausilio dell'ortottista, informazioni cliniche attendibili, nello slot temporale concesso per una visita oculistica, evitando la medicalizzazione inappropriata o, al contrario, la mancata diagnosi. Si tratta di un sistema semplice, che può essere gestito, sotto la supervisione dell'oculista, anche dal personale ancillare come gli ortottisti e gli infermieri (**raccomandazioni W.G.A.**).

La sede elettiva per la realizzazione dello screening potrebbe essere l'ambulatorio oculistico territoriale, che fungerebbe da spoke. In questo contesto, in occasione dell'accesso alla prestazione, sarebbe possibile effettuare una ottima selezione del campione da sottoporre agli esami di approfondimento basandosi sul valore dell'Indice Di Rischio, con la creazione di percorsi diagnostici customizzati, che sostituirebbero gli obsoleti PDA.

Modalità di uso dell'algoritmo Glaucoma Integrated Risk Profiling System: **G.I.P.Sy.**

STEP 1:

Calcolo dell'Integrated Risk Index sulla base degli elementi acquisiti nel corso della visita oculistica: Razza, Età, Familiarità e grado, Difetto Refrattivo, Tono Oculare, Spessore corneale.

STEP 2:

Creazione di un percorso diagnostico personalizzato basato sul valore dell'Integrated Risk Index.

- I.R.I. < 0,3: rivalutazione customizzata a 36, 18, 12 me-

si, in caso di Tono Oculare, rispettivamente, minore di 16, tra 16 e 20 oppure maggiore di 20 mm hg.

- I.R.I. > 0,3:

Esecuzione degli esami di I livello:

- Curva tonometrica diurna (C.T.D.)
- Valutazione strutturale della papilla (P.O.) e dell'area peripapillare (P.P.A.)
- Pazienti negativi agli esami di I livello vengono rivalutati a 6 mesi
- Pazienti con alterazioni della C.T.D. e/o strutturali della P.O. e/o della P.P.A. esecuzione esami di II livello
- S.A.P. programma 32 Octopus o programma 30 II Humphrey e stadiazione difetti con G.S.S.2
- Gonioscopia

STEP 3:

Conferma o smentita del sospetto diagnostico.

Quindi, il calcolatore di rischio serve **esclusivamente a profilare i pazienti** che afferiscono agli ambulatori, dividendoli in **soggetti a basso rischio**, con timing dei controlli proporzionato ai valori del tono oculare, e **pazienti a rischio elevato, le cosiddette popolazioni nascoste**, a elevata prevalenza, su cui effettuare esami di approfondimento per l'eventuale conferma del sospetto diagnostico.

Attualmente il calcolatore di rischio è disponibile in una versione "on line" e in una versione autonoma, sotto forma di app telefonica, molto pratica, che ne consente un uso indipendente da eventuale collegamento in rete, e una disponibilità individuale per tutti gli oculisti interessati.

La diffusione di tale metodo, visto i **costi estremamente contenuti, e le possibilità di risparmio che offrirebbe**, sia in termini di riduzione degli esami diagnostici inappropriati, che in termini di prevenzione delle disabilità visive e dei costi sociali a esse correlate, potrebbe rappresentare il vero salto di qualità nella lotta al glaucoma.

Roberto Perilli, Dirigente responsabile UOS Oculistica territoriale AUSL Pescara

NEEDS ASSESSMENT: RAZIONALIZZARE LA DOMANDA E NON SOLO L'OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

L'esperienza anglosassone che può ridurre le liste di attesa e favorire la telemedicina e l'FSE

La riduzione delle **liste di attesa** per le visite ambulatoriali è un grande obiettivo della sanità italiana. La scelta è tra aumentare l'offerta e razionalizzare la domanda. Per molte ragioni, si tende a sposare la prima opzione ma, in seguito a una attenta analisi, pare essere la seconda opzione a offrire migliori risultati sul lungo periodo.

Il nocciolo della questione: è immaginabile un modello al quale gli specialisti territoriali possano attingere per ottimizzare la calendarizzazione delle visite successive al primo accesso? Le **visite** (periodiche di prevenzione o scadenze di approfondimento e follow up) attualmente vengono spesso fissate a intervalli definiti.

In oculistica, per esempio, la visita successiva è, generalmente, consigliata dopo un anno se al termine della visita attuale non ci sono problemi attivi, o se ce ne sono di sostanzialmente prevedibili nel loro decorso (presbiopia, cataratta iniziale ad esempio).

Se questa impostazione, sulla carta, offre le migliori garanzie al cittadino, nella realtà eccede la capacità del sistema di **erogare prestazioni**, facendo sì che spes-

so chi ha realmente bisogno, o voglia semplicemente fare prevenzione, venga penalizzato: è facile immaginare come, se a ogni paziente viene consigliato di tornare dopo un anno, il calendario dell'anno successivo e di tutti quelli a venire sarà occupato sempre dalle stesse persone.

Ci sono molti casi in cui le persone possono essere visitate dopo diversi anni senza rischio. Ma come accertarlo?

Il **"Needs Assessment"** è una disciplina anglosassone che combina tipologia ed età dei pazienti, epidemiologia e storia naturale delle ma-

lattie e distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici offerti.

La considerazione simultanea di aspetti complementari fa sì che, mentre i pazienti con patologie acclarate debbano essere instradati su percorsi dettati da apposite linee-guida, possibilmente in centri super-specialistici e con metodiche moderne, quelli sani che si sottopongono a visite preventive o per problemi non strettamente patologici possano accedere al **SSN** con

Questo è un orizzonte dal quale partire per affrontare il problema delle liste d'attesa da un altro punto di vista: quello di razionalizzare la domanda delle prestazioni specialistiche oltre che puntare unicamente all'aumento dell'offerta.

periodicità differenti, ovviamente anche superiori a un anno. Peraltro, la norma (PNGLA, Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa) già prevede che, in caso di insorgenza di un problema durante il periodo intercorrente fino alla visita successiva, il medico di medicina generale possa inviare il paziente a visita mediante impegnativa con classe di priorità (i cui para-

metri sono stati recentemente rivisti da AGENAS con la pubblicazione del Manuale RAO).

Questo è un orizzonte dal quale partire per affrontare il problema delle liste d'attesa da un altro punto di vista: quello di razionalizzare la domanda delle prestazioni specialistiche oltre che puntare unicamente all'aumento dell'offerta.



Tiziano Melchiorre, Segretario Generale IAPB Italia Onlus

UN PRIMO PASSO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Nuove misure per garantire l'accesso tempestivo alle prestazioni sanitarie del SSN

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 4 giugno, il decreto-legge sulle liste d'attesa, con l'obiettivo di rendere accessibile nei tempi stabiliti dalla prescrizione medica, l'accesso alla prestazione sanitaria.

L'impossibilità di accedere alle prestazioni sanitarie nei tempi stabiliti nelle classi di priorità, a causa delle liste d'attesa lunghe mesi, talvolta anni o addirittura chiuse, costituiscono insieme ai "pronto soccorso", i primi punti dell'agenda sanitaria dell'attuale Ministero della Salute.

La risposta per garantire l'effettivo **accesso del cittadino ai servizi del SSN** è

racchiuso in **7** articoli che affrontano l'organizzazione dell'offerta sanitaria cercando di agire sugli elementi di debolezza che persistono nell'attuale sistema.

Nella conferenza di presentazione del provvedimento di legge il **Ministro Schillaci**, per neutralizzare le prime reazioni a caldo di alcune Regioni, ha precisato che le azioni previste sono frutto di un tavolo tecnico in cui si sono confrontati Regioni, Ordini professionali e Associazioni cittadini.

Entrando nel vivo del provvedimento, all'art. 1 viene disciplinata l'Istituzione, presso l'AGENAS della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste d'attesa relative a ciascuna Regione e Provincia Autonoma, assicurando che per ogni Regione vi sia

un unico CUP che gestirà sia le prenotazioni per gli erogatori pubblici che per gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali.

L'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che opera alle dirette dipendenze del

Ministro della Salute, vigilerà per verificare il rispetto dei protocolli definiti. La norma che dovrebbe avere un significativo impatto nella riduzione delle liste d'attesa, garantendo l'accesso alla prestazione sanitaria nei tempi prescritti, è l'art. 3 che prevede il ricorso alle prestazioni intramoenia e privato accreditato se non si riesce

a garantire la prestazione secondo le classi di priorità prescritte.

Anche in passato vi era questa possibilità, ma il cittadino avrebbe dovuto pagare di tasca propria e poi ricorrere per ottenerne il rimborso.

Ora è lo Stato che deve garantire la prestazione da SSN, anche attraverso il ricorso, a proprie spese, al canale dell'intramoenia o del privato accreditato, con il limite che l'ammontare di queste ultime non può essere superiore a quelle da SSN.

Inoltre, le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate anche nei giorni di sabato e domenica, prevedendo una tassazione flat del lavoro straordinario del 15%, per un costo complessivo di **250 mln**.

Particolarmente importante è la previsione del supe-

L'art. 3 prevede il ricorso alle prestazioni intramoenia e privato accreditato se non si riesce a garantire la prestazione secondo le classi di priorità prescritte.



ramento del tetto spesa per l'assunzione di personale sanitario: nel 2024 verrà portato dal 10 al 15% per le Regioni che ne faranno richiesta e dal 2025 verrà abrogato, introducendo una nuova modalità di determinazione del fabbisogno concordata con AGENAS, MEF e Conferenza Stato Regioni.

Lo stesso Ministro Schillaci fa riferimento, ad esempio, all'ipotesi dell'apertura di un nuovo reparto di cardiocirurgia, per il quale bisognerà prima di tutto stabilire il livello minimo e massimo di prestazioni erogabili e il personale necessario per la loro erogazione. Considerato che non sono state messe a disposizione dal **MEF** risorse finanziarie, il provvedimento è stato licenziato dal Consiglio dei Ministri attraverso lo spaccettamento del DL taglia fila (sopra descritto) e di un progetto di legge a medio periodo che dovrà essere approvato per definire la copertura dei costi.

Il Ministro Schillaci ha sottolineato su questo aspetto che il precedente governo e l'attuale in carica hanno messo a disposizione delle Regioni **500 milioni di euro per il recupero delle liste d'attesa** e, sebbene bisognerà attendere al 30 giugno per verificare il loro utilizzo, sembra che ci siano ancora fondi non utilizzati. Lo strumento normativo segna una precisa volontà di intervenire su uno degli aspetti più detestabili che connotano il nostro sistema sanitario universalistico: non garantire ai ceti meno abbienti, ai vulnerabili e ai fragili le cure sanitarie.

La capacità reale di raggiungere in modo efficace ed efficiente l'obiettivo di **assicurare a tutti l'accesso alle cure** dal SSN, verrà esaminata nei prossimi mesi, quando saranno chiare le risorse economiche, recuperate dai fondi non utilizzati o di nuove, destinate a un cambio di rotta, che appare epocale.

Federico Marmo, Medico Oculista specialista in Igiene e Medicina Preventiva

GESTIONE DELLA "DOMANDA" IN SANITÀ

La richiesta di cure da parte dei pazienti è parte di un processo organizzativo complesso, che richiede un approccio multidisciplinare e moderno

La **domanda sanitaria** consiste nella richiesta dei cittadini di prestazioni di cure o servizi sanitari. Può essere influenzata da vari fattori (età, sesso, stato di salute, condizioni socioeconomiche, e altri) e risponde al "fabbisogno" ancestrale di sopravvivenza e di salute e benessere, che sottende istintivamente l'esistenza umana. La domanda sanitaria di fatto costituisce la parte "emergente percepita ed espressa" di questo fabbisogno, ed è dunque per sua natura sempre e dovunque in perpetuo divenire, assumendo continuamente nuove più complesse dimensioni e contenuti.

Attualmente la gestione della domanda sanitaria, basata innanzitutto sulla definizione quali-quantitativa mediante appropriati strumenti d'indagine sociologica, demografica, statistica, clinico-epidemiologica, è **imprescindibile** per perseguire l'efficacia, l'efficienza e l'adeguatezza complessiva del sistema di produzione dei servizi sanitari e per utilizzare le risorse nel modo più conveniente possibile.

È uno dei **problemi più complessi delle organizzazioni sanitarie**, ovvero comporta difficili scelte politiche, economiche, organizzative.

In particolare, la "razionalizzazione" della domanda, intesa soprattutto in termini di definizione delle priorità, appropriatezza delle prescrizioni, eliminazione di prestazioni che non aggiungono valore all'assistenza, e, soprattutto, contenimento degli sprechi da medicina

difensiva, contribuirebbe enormemente alla riduzione delle **liste d'attesa**, altro tema di cogente attualità, che oggi rappresenta uno dei fattori più critici e limitanti il diritto all'accesso alle cure con il servizio sanitario pubblico.

La gestione della domanda richiede quindi un **approccio multidisciplinare** in una visione olistica dei contesti socioeconomici, e investe competenze sanitarie ed economico-gestionali per le soluzioni tecniche e ambiti decisionali politici per gli indirizzi strategici. L'intero processo si fonda su alcuni principi basilari, in primis la **comprensione delle dinamiche** da cui la domanda nasce, ovvero l'identificazione del "come, dove, quando, perché e da chi";

aspetto imprescindibile per poter orientare le scelte di politica sanitaria e decidere come soddisfare nella maniera più appropriata ed equa possibile, ottenendo il miglior equilibrio auspicabile tra l'aumento della richiesta di servizi di cura e l'utilizzo efficiente delle risorse economiche disponibili.

In tale ottica ha una valenza strategica il ruolo di *gatekeeping* dei medici di medicina generale, in quanto "porta d'ingresso" all'assistenza sanitaria, nel regolare e autorizzare l'accesso dei pazienti a servizi specialistici, test diagnostici, alle cure ospedaliere etc. Ruolo che ha un impatto significativo sull'intera "qualità" dell'assistenza, sugli esiti sanitari, sui costi e sulla soddisfazione del paziente.

La domanda sanitaria risponde al "fabbisogno" ancestrale di sopravvivenza e di salute e benessere, che sottende istintivamente l'esistenza umana.



Parimenti ha valenza strategica la promozione del *Self Care*, inteso come **educazione dell'individuo alla cura di sé** negli aspetti fisici, mentali, emotivi e socio-relazionali, per conseguire e mantenere il miglior livello di efficienza psico-fisica possibile. Il *self care* comprende l'igiene personale, una dieta quali-quantitativamente sana, un adeguato esercizio fisico, sane abitudini comportamentali e relazionali, *compliance* terapeutica (ossia adesione a terapie/prescrizioni mediche) e, cosa non secondaria proprio ai fini della gestione della domanda sanitaria, una corretta informazione sull'uso appropriato dei servizi sanitari.

Self care ed *empowerment* del **paziente** possono apparire concettualmente affini in quanto entrambi presuppongono un coinvolgimento attivo del cittadino nella gestione della propria salute ma in realtà *l'empowerment* è finalizzato ad aiutare il "malato" ad ac-

quisire sia le competenze circa la sua malattia sia, soprattutto, la fiducia nella propria capacità di applicare quelle conoscenze al suo controllo quotidiano.

Precisiamo che il *gatekeeping* dei medici di medicina generale, fattore fondamentale per gestire la domanda nel sistema sanitario, è tuttavia oggetto di controversie cliniche, economiche ed etiche (possibili ritardi nella diagnosi, sopravvivenza inferiore nei casi di cancro, qualità della vita del paziente etc.). In ogni caso, l'appropriatezza prescrittiva, definita come corretta e adeguata formulazione delle prescrizioni mediche in relazione a diversi fattori (tra cui diagnosi, stato di salute generale e linee guida cliniche) è fattore critico per la gestione della domanda e, più in generale, per il contenimento globale della spesa sanitaria.

La **formazione** continua dei medici è quindi garanzia di **sicurezza ed efficacia** per mantenere vivo l'aggior-

namento sulle linee guida e sulle evidenze scientifiche su farmaci, trattamenti, nuove terapie e cambiamenti normativi. È fondamentale la partecipazione a corsi di aggiornamento (con simulazioni o scenari realistici per esercitarsi nella prescrizione di esami, terapie e farmaci), l'utilizzo di feedback da colleghi o esperti sulla qualità delle proprie prescrizioni, la collaborazione con farmacisti e altri professionisti sanitari per condividere conoscenze e best practice etc.

La **tecnologia informatica** permette soluzioni di grande impatto funzionale ed economico. Le prenotazioni online, ad esempio, sono uno strumento ormai alla portata di tutti e sono strumento di snellimento e velocizzazione delle procedure, contribuendo all'automatizzazione e quindi alla pianificazione di appuntamenti e attività, riducendo i *no-show*, ovvero l'assenteismo dei pazienti, che rappresentano da sempre un significativo fattore di spreco per i costi di personale, utenze e attrezzature sostenuti e non finalizzati.

Altro strumento che potrebbe dimostrarsi cruciale per le sfide della domanda sanitaria è la **telemedicina**. Ampiamente usata da decenni con successo nella Sanità Militare, soprattutto sulle navi della Marina Militare e negli Ospedali da Campo all'estero, è oggi oggetto di vivo interesse in tutte le organizzazioni sanitarie. Grazie alle molteplici potenzialità applicative, essa consente di assistere, dare consulenze e controllare a distanza i parametri vitali dei pazienti, far dialogare tra loro gli operatori sanitari per consulti su particolari casi clinici, inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti. La telemedicina, tra l'altro, può trovare un utile impiego nella gestione della domanda di prevenzione in ambito geriatrico e nel monitoraggio delle malattie croniche. L'OMS definisce la *Mobile Health (mHealth*, o salute mobile in italiano) come una branca dell'*eHealth (digital health*, o salute digitale in italiano) che comprende l'uso delle tecnologie di telecomunicazione mobile e multimediali integrate in sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria.

A tal proposito, Primo Buscemi in un articolo su "Salute

Internazionale" del 27/05/'24 afferma che "la diffusione delle tecnologie di *mobile health* ridefinirà il modo in cui gestiamo la nostra salute e pratichiamo l'assistenza sanitaria, cambiando la nostra idea di salute" e riferisce che "Eric Topol, uno dei più autorevoli sostenitori di queste nuove tecnologie, è convinto che *big data* e *machine learning*, soprattutto se combinati con l'auto-monitoraggio delle condizioni cliniche e l'*empowerment* del paziente, risolveranno molte carenze e problemi dell'assistenza sanitaria moderna, come l'aumento del carico di lavoro, la carenza di personale e la mancanza di assistenza [...] Topol afferma, inoltre, che queste tecnologie renderanno di nuovo "umana" una medicina che sembrava aver perso la sua umanità, favorendo una relazione di cura centrata sulla persona e più empatica".

Come trasferire le innovazioni nel contesto oftalmologico?

- Analisi dei "bisogni" (attuali e futuri) della popolazione in termini di prevalenza e incidenza delle patologie oculari in relazione a fattori di rischio, comportamenti e abitudini di vita, età, regioni geografiche, etc.
- Definizione dei criteri clinici di ammissione alle cure per stabilire la priorità in base alla gravità e all'urgenza delle condizioni oculari.
- Promozione della prevenzione mediante l'implementazione di campagne di sensibilizzazione e, più in generale, promozione dell'educazione ed istruzione sanitaria soprattutto nelle classi di età più giovanili.
- Ottimizzazione dei percorsi clinici, con definizione e standardizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA).
- Utilizzo di tecnologie innovative, come la teleoftalmologia, come implementazione della visita oculistica tradizionale, offrendo migliorie per l'accesso alle cure oculari e riduzione delle liste d'attesa.
- Formazione continua per gli operatori sanitari, per mantenere elevati standard di aggiornamento e competenza professionale e, per le dirette implicazioni nella gestione della domanda e per l'appropriatezza prescrittiva.
- Implementazione di sistemi di monitoraggio dei risultati e dell'efficacia delle strategie adottate per poter apportare eventuali correzioni.

Federico Bartolomei, Ortottista, coordinatore attività ipovisione, Istituto dei ciechi Francesco Cavazza Bologna

AUSILI VISIVI: IL DIFFICILE RAPPORTO CON IL SSN

Gli ausili visivi sono un mezzo importantissimo per l'acquisizione dell'autonomia di persone cieche o ipovedenti, ma i contributi del Sistema Sanitario Nazionale sono molto specifici e non facilmente accessibili

Condizioni quali **cecità e ipovisione** possono influenzare la capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana e di conseguenza il livello di qualità della vita stessa.

Sebbene siano oggi disponibili sul mercato numerose tipologie di **ausili**, sia tradizionali che tecnologicamente innovativi, talvolta essi risultano di difficile acquisizione da parte dell'utente finale.

La legge italiana, infatti, garantisce l'assistenza protesica per ciechi e ipovedenti in base a quanto indicato sul nomenclatore tariffario. Si tratta di contributi a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) riferibili a specifiche tipologie di ausili e che possono essere erogati periodicamente ma a distanza di anni.

Inoltre, come già descritto in lavori precedenti, strumenti di largo impiego quali smartphone e tablet pur avendo caratteristiche di accessibilità, non vengono oggi equiparati a dispositivi protesici e sono quindi a totale carico dell'utente che per il loro acquisto può usufruire solo dell'IVA agevolata.

Lo studio dal titolo *"The Influence of Economic Factors on the Purchase of Low Vision Devices"* recentemente sottomesso per pubblicazione al **'Journal of Visual Impairment & Blindness'** da *Bartolomei Federico, Biagini Ilaria, Costanzo Eliana, Turco Simona, Sato*

Gli ausili ad elevato contenuto tecnologico sono quelli che da un lato più rappresentano una grande opportunità mentre dall'altro il maggior limite dovuto a costi, talvolta talmente elevati da condizionarne la diffusione.

Giovanni, Massimo Cesareo, Ciaffoni Giovanni Luca, e Virgili Gianni, ha voluto indagare proprio l'impatto del costo dei vari dispositivi sulla scelta finale dell'ausilio.

A tal proposito sono stati analizzati i dati raccolti dal Registro D.A. Re INVAT (www.invat.info) nel periodo dal 2019 ad oggi dai centri di ipovisione e dai servizi di ausilioteca operanti nel territorio italiano, aderenti a questo studio multicentrico.

Dai **1477 pazienti** presi in esame, si ricava che quasi la metà di essi utilizzava ausili ottici (49,7%).

Il **75,6%** delle persone intervistate ha riferito che il costo dello strumento scelto non ha influenzato la decisione sull'acquisto, mentre il restante **24,4%** ha indicato che il costo degli ausili e le modalità di

ottenimento hanno avuto un impatto significativo sulla loro scelta.

Talvolta, quindi, accade che, l'ausilio identificato dal paziente come il migliore, non venga successivamente acquistato, in quanto non totalmente coperto dal SSN. Succede così che l'utente, si trova a scegliere un modello diverso e magari meno performante per le proprie necessità personali.

Un ulteriore **dato di grande riflessione** emerso riguarda la certificazione di **disabilità visiva**, le cui proce-

dura di ottenimento risultano non essere sempre ben conosciute dalle persone. Questo fattore, oltre ad escludere la persona da eventuali benefici, può portare anche ad una potenziale sottostima di circa il 10% dei casi di cecità e ipovisione certificata in Italia.

Gli ausili ad elevato contenuto tecnologico sono quelli che da un lato più rappresentano una grande opportunità mentre dall'altro il maggior limite dovuto a costi,

talvolta talmente elevati da condizionarne la diffusione. È quindi auspicabile che accanto allo sviluppo delle tecnologie si creino anche le condizioni idonee a **garantire un utilizzo di massa**, senza sottovalutare il ruolo dell'informazione, fattore indispensabile per aumentare la consapevolezza delle persone rispetto alle possibilità di usufruire di strumenti che possono favorire una **migliore autonomia** nella vita di tutti i giorni.



A cura di IAPB Italia Onlus

IPOVISIONE E AUSILI VISIVI IN ITALIA: TRA BARRIERE D'ACCESSO E MANCANZA DI INFORMAZIONE

Normativa obsoleta e poca consapevolezza sui propri diritti: i pazienti italiani affetti da ipovisione si trovano ad affrontare una barriera d'accesso nell'acquisto dei dispositivi d'aiuto, generalmente dovuta a fattori economici. Lo dimostra lo studio "The Influence of Economic Factors on the Purchase of Low Vision Devices", spiegato e commentato dal Dott. Sato

Le sfide che il soggetto ipovedente deve affrontare quotidianamente sono numerose e hanno un alto impatto sulla propria qualità di vita. Gli ausili disponibili sono vasti ma reperirli non è sempre facile né garantito dalle normative.

La **Legge n. 332 del 1999** assicura il diritto all'assistenza protesica per gli individui con certificazione di disabilità visiva, ovvero coloro che hanno una capacità visiva ridotta che non può essere corretta con occhiali o lenti a contatto. Essi sono autorizzati a ottenere ausili ottici, elettronici e tecnologici sia gratuitamente che con contributo economico parziale, ma solo se rientrano in specifiche categorie di pazienti, riconosciute dalla **legge 138/2000** (cecità totale o parziale e ipovisione grave).

Sorge spontaneo chiedersi, dunque, quante sono effettivamente le persone affette da disabilità visiva che conoscono i vantaggi economici sugli ausili e quante, invece, essendo escluse dalle categorie previste dalla normativa e davanti ai costi elevati previsti per l'acquisto, rinunciano alla possibilità di incrementare la propria autonomia grazie a questi strumenti.

A fronte di un'evoluzione degli ausili elettronici, dobbiamo essere preparati sotto ogni punto di vista per far sì che inclusione, informazione e accessibilità possano soddisfare tutti i pazienti con capacità visive ridotte

Lo studio dell'INVAT – Istituto Nazionale Valutazione Ausili e Tecnologie, "**The Influence of Economic Factors on the Purchase of Low Vision Devices**", si è posto l'obiettivo di indagare sull'impatto del costo dei dispositivi sulla scelta finale degli ausili e di esaminare l'influenza dei contributi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sull'acquisto degli stessi. Il **Dottor Giovanni Sato**, medico chirurgo specializzato in oftalmologia, ipovisione e riabilitazione visiva, che insieme a una équipe di esperti ha preso parte all'indagine, spiega le metodologie di studio e commenta i risultati ottenuti.

Dottor Sato, che cos'ha spinto l'Istituto INVAT a commissionare lo studio?

La **legge 332/1999** prevede che sia garantito il diritto all'assistenza protesica per gli individui con disabilità visiva, una condizione che interferisce con le attività quotidiane, influenzando la qualità della vita delle persone. Per questo, è importante che coloro che rientrano all'interno delle categorie indicate sappiano che possano richiedere gli strumenti di ausilio in grado di migliorare e incentivare la propria au-

tonomia individuale. È quindi lecito chiedersi se esistono degli ostacoli nell'accesso a questi ultimi e, nel caso, intervenire insieme al legislatore per migliorare l'attuale situazione: da questo nasce e si sviluppa lo studio, che ci ha dato modo di riflettere rispetto ai dati ottenuti.

Prima di arrivare a parlare dei risultati è fondamentale capire com'è stata condotta l'analisi. Può dirci di più su questo?

Si tratta di uno studio multicentrico che ha raccolto i dati dal 2019 a oggi grazie al **D.A.Re** (Devices & Aids Register), un registro che raccoglie le valutazioni ottenute dai questionari che sottoponiamo a tutti i pazienti con disabilità visive. All'interno di questi includiamo numerosi aspetti delle attività di vita quotidiana: dalla lettura alla mobilità, fino alla possibilità di cucinare, vestirsi o vedere la TV. Tra i dati che vengono raccolti, troviamo anche l'utilizzo o meno di ausili di qualsiasi genere e i motivi per cui si sceglie di evitarli.

Dal registro abbiamo estrapolato un record di **1.477 pazienti**, la maggior parte dei quali utilizzava ausili ottici (49,7%), seguiti da ausili elettronici (24,4%) e ausili non ottici (25,9%). Tra questi, il 75,6% ha riferito che il costo non ha influenzato la propria decisione di acquisto, al contrario del restante **24,4%** che ha visto, invece, nel fattore economico un elemento importante della propria scelta.

Un altro dato sorprendente è stato quello che riguarda la percentuale di persone che non utilizzano ausili: **il 36% di questi, infatti, non era a conoscenza delle procedure di certificazione per l'ipovisione** e, tra questi, il 27% avrebbe avuto diritto alla certificazione per la propria grave disabilità visiva o cecità.

Il 24% dei pazienti è influenzato dai costi, il 27% non sa di avere diritto a una certificazione: sono numeri che sorprendono?

Siamo sorpresi dalla grandezza dei due gruppi: ci potevamo aspettare che le due cose si verificassero, ma

non che includessero un numero così alto di persone. Il fatto che un terzo degli utenti non sia a conoscenza delle procedure di certificazione, ci porta a una potenziale sottostima del 10% dei casi certificati di ipovisione in Italia.

Inoltre, lo studio evidenzia senza alcun dubbio che molte persone decidono ancora oggi di non usufruire degli ausili prescritti durante le visite o in fase di riabilitazione e questo magari perché, non rientrando nelle categorie coperte dalla legge, non hanno aiuti di tipo economico. Ricordiamo, infatti, che la legge 138/2000 prevede che solo cecità e ipovisioni gravi possono coprire le spese sugli strumenti protesici, escludendo così ipovedenti lievi o medio gravi che si trovano a coprire le intere spese.

Si può dire, quindi, che ci sono due fattori a pesare: una scarsa informazione e una legge obsoleta.

Sono esattamente queste le due cose su cui occorre lavorare per ottenere un cambiamento. Dal lato dei professionisti della salute visiva, dobbiamo informare quanto meglio possibile i pazienti sulle opzioni di certificazione, facendo presente che proprio grazie a queste si riducono o si annullano le barriere economiche per accedere agli ausili necessari.

Da parte del legislatore, invece, è fondamentale ripensare a una normativa che conta ormai più di 20 anni e necessita di rivedere la nomenclatura tariffaria. Con questo, quindi, intendo che oltre ad allargare la gamma di persone che possono usufruire di una copertura economica, è necessario anche rivedere gli strumenti tecnologici compresi all'interno del nomenclatore: oggi sono cresciute le tecnologie ed è, quindi, importante aggiungere nuovi strumenti tra quelli codificati.

Questo che cosa significa?

Il nomenclatore tariffario comprende una serie di ausili ottici ed elettronici per i quali è possibile fare una apposita ricetta agli ipovedenti gravi (dunque, non agli ipovedenti medio gravi o lievi) e ai ciechi parziali e as-



soluti in possesso della certificazione dalla commissione invalidi civili e ciechi, con variabile possibilità, a seconda degli ausili, di avere un aiuto economico da parte dell'azienda sanitaria.

Dopo tanti anni dal nomenclatore tariffario del 1999, però, molti sistemi innovativi o già presenti non sono ancora stati inseriti nel nuovo nomenclatore, che presenta anche molte altre pecche. Questo perché in Italia, quando si fanno delle leggi o dei decreti a favore di una certa categoria di persone fragili e con gravi menomazioni, come gli ipovedenti e i ciechi, non vengono chiamati in causa gli esperti per dare una svolta decisiva a quello che si sta cambiando.

Un esempio di ausili elettronici mancanti sono il **tablet**, il **telefono cellulare** e il **computer**. Sono stati inseriti, invece, l'ipercorrettivo monoculare aplanatico e l'ipercorrettivo binoculare prismatico sebbene con un ristoro molto basso rispetto al reale costo dell'ausilio, e

torniamo al discorso fatto in precedenza.

Questo è un fattore di rilievo, che può portare il paziente a scegliere strumenti meno performanti per risparmiare economicamente.

Lo studio rende chiari i settori che necessitano di intervento. Prevede altre sfide rispetto al futuro dei dispositivi di ausilio?

Sicuramente, i sistemi elettronici continueranno a crescere e a innovarsi, andandosi a integrare ai dispositivi esistenti con funzionalità di accesso nuove e risolutive degli svantaggi segnalati sugli attuali strumenti, come l'ingrandimento insufficiente, la difficoltà di illuminazione o la difficoltà di utilizzo. Proprio a fronte di questa crescita dobbiamo essere preparati sotto ogni punto di vista per far sì che inclusione, informazione e accessibilità possano soddisfare quante più persone possibili.

Tiziano Melchiorre, Segretario Generale IAPB Italia Onlus

IL MINISTRO DELLA SALUTE ORAZIO SCHILLACI IN PIENA SINTONIA CON IL LAVORO DI IAPB ITALIA

Durante la cerimonia di apertura del terzo congresso della Società Italiana di Scienze Oftalmologiche, il lavoro di IAPB Italia nella prevenzione della cecità è stato riconosciuto dal Ministro della Salute Orazio Schillaci

Alla cerimonia di apertura del terzo congresso della Società Italiana di Scienze Oftalmologiche, tenutosi a Roma dal 18 al 20 aprile, è intervenuto il Ministro della Salute **Orazio Schillaci** che ha voluto evidenziare il costante impegno di IAPB Italia per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva. “Abbiamo cercato di intensificare le azioni di contrasto alle malattie dell'apparato visivo, attraverso la promozione e l'implementazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione – afferma il Ministro, sottolineando - un'attività sinergica e coordinata che, oltre al lavoro del Ministero, si fonda sugli interventi e sui programmi dei Centri specializzati delle Regioni, della Sezione Italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità IAPB Italia onlus e del Polo Nazionale dei Servizi e Ricerca per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva. Attività che saranno al centro della Relazione annuale sulla riabilitazione visiva che stiamo per trasmettere al Parlamento”.

Nel prosieguo del suo intervento, il Ministro Schillaci ha

“IAPB Italia intende proporsi quale punto di incontro e momento di dialogo e di sintesi nel quadro di una solida alleanza tra cittadini, società scientifiche oftalmologiche e istituzioni, per rappresentare al meglio le istanze di salute, prevenzione e riabilitazione della popolazione.”

posto in evidenza anche i risultati del progetto attuato negli ultimi anni da IAPB, denominato Vista in Salute: “A fine 2023 si è concluso il Progetto di screening straordinario mobile Vista in Salute, volto a promuovere l'attenzione alle problematiche delle minorazioni visive

e di alcune patologie come il glaucoma, la retinopatia diabetica oltre alla maculopatia. Attraverso le strutture ambulatoriali mobili, nelle piazze delle principali città italiane sono state effettuate complessivamente 8.671 visite; l'età media dei cittadini aderenti è risultata

essere di poco più di 65 anni; dai risultati emerge che, nonostante più del 90% dei soggetti dichiarasse di vedere bene, il 18,2% del campione presentava alterazioni oculari significative. Con questo progetto sono stati raccolti dati che verranno poi utilizzati per avviare la costituzione di una banca dati nazionale per conoscere l'impatto delle patologie e per lo sviluppo di politiche sanitarie pubbliche per la tutela visiva sempre più efficace” - ha concluso Schillaci.

Infine, ha presentato i dati dell'iniziativa del Governo



Bonus Vista, istituito con la legge di bilancio per il 2021 per sostenere le fasce economicamente più deboli della popolazione (famiglie con ISEE non superiore ai 10 mila euro annui) facilitando l'acquisto di nuovi e più idonei strumenti di correzione visiva, “[...] il 2023 ha visto oltre 46 mila richieste di rimborso (per acquisti effettuati fino al 4 maggio 2023); sono stati spesi oltre 245 mila buoni per gli acquisti di occhiali da vista e lenti a contatto correttive, per un valore complessivo di oltre 14,5 milioni di euro. Un altro esempio di sostegno e vicinanza a chi si trova in una situazione di vulnerabilità e difficoltà economica.”

Il Presidente di IAPB Italia e dell'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti **Mario Barbuto**, subito dopo, nel suo indirizzo di saluto rivolto ai congressisti, ha ripreso

sinteticamente l'illustrazione delle azioni e dei risultati che il Ministro aveva già evidenziato e ha annunciato il senso della recentissima trasformazione del profilo giuridico di IAPB, divenuta Fondazione di partecipazione, ora in fase di iscrizione al RUNTS come Ente del Terzo Settore.

“IAPB Italia - ha affermato il presidente Barbuto - intende proporsi quale punto di incontro e momento di dialogo e di sintesi nel quadro di una solida alleanza tra cittadini, società scientifiche oftalmologiche e istituzioni, per rappresentare al meglio le istanze di salute, prevenzione e riabilitazione della popolazione e sollecitare il decisore politico e le autorità sanitarie per interventi di settore sempre più efficaci, puntuali, mirati e coordinati”.

Roberto Perilli, Medico Oculista, responsabile UOS Oculistica Territoriale AUSL Pescara

DALTONISMO, L'IMPORTANZA DEI COLORI PER IL PROPRIO FUTURO

I colori sono fondamentali per entrare in pieno contatto con il mondo che ci circonda, ma non solo. Essere affetti da daltonismo potrebbe compromettere i progetti lavorativi dei giovani ignari della propria condizione

Il **daltonismo** è un'anomalia visiva che comporta un'alterata percezione dei **colori**.

La parola daltonismo deriva dal nome del ricercatore britannico **John Dalton** che per primo, nel 1794, descrisse il disturbo nell'articolo "Fatti straordinari legati alla visione dei colori". Lo stesso scienziato era affetto da discromatopsia rosso-verde o, più precisamente, da deuteranopia.

Una persona affetta da tale patologia può avere, infatti, una scarsa o totale sensibilità al rosso (**protanomalia/protanopia**); una scarsa o totale sensibilità al verde (**deuteranomalia/deuteranopia**); una scarsa o totale sensibilità al blu (**tritanomalia/tritanopia**, due malattie genetiche estremamente rare).

Tale percezione alterata è dovuta al malfunzionamento dei fotorecettori determinando, quindi, la quasi totale mancanza, da parte dei soggetti che ne sono affetti, al riconoscimento corretto di specifiche tonalità.

Il daltonismo è di **origine ereditaria**, si stima che ne siano affette circa 300 milioni di persone nel mondo (su una popolazione di 7,5 miliardi), mentre in Italia i daltonici sono 2,2-2,5 milioni.

Nella maggioranza dei casi riguarda più i maschi (7-8%) che non le femmine (0,4-0,5%) con un'incidenza sia monolaterale che bilaterale.

In alcuni pazienti, però, la comparsa delle discromatopsie può essere un sintomo di accompagnamento a

malattie quali la maculopatia, intaccando la vista delle sfumature dell'asse rosso-verde, o il glaucoma, modificando la percezione della palette giallo-blu.

L'essere affetti da daltonismo non comporta modifiche nella propria indipendenza rappresentando un problema marginale e poco penetrante. Il soggetto, infatti, continua a vedere il mondo che lo circonda esattamente così com'è, solo con tonalità differenti.

I colori, però, possono essere fondamentali nelle scelte di vita: una corretta visione è un requisito indispensabile per l'accesso a concorsi lavorativi che implicano una perfetta salute fisica.

È importante, quindi, generare awareness su tale patologia così da scongiurare possibili cambi di rotta della propria vita, evitando che la scelta di una carriera diversa sia fatta troppo tardi.

Anche nel mondo dell'oftalmologia si dà poca importanza alla tematica e alle ricadute che questa può avere sulle persone, tralasciando l'aspetto fondamentale dell'individuazione della discromatopsia in bambini e adolescenti.

Il daltonismo, infatti, può essere diagnosticato sin da bambini attraverso due test: le **tavole di Ishihara** e il **test di Farnsworth**.

Il dottor Shinobu Ishihara introdusse nel 1917 il **test per il daltonismo più noto nel mondo dell'oftalmologia**, che consiste in una serie di tavole punteggiate colorate

È importante generare awareness su tale patologia così da scongiurare possibili cambi di rotta della propria vita

te, ognuna delle quali mostra un numero o una forma dai contorni tondeggianti.

Queste, presentano quattro tipologie di test: *design evanescente*, dove solo le persone con una corretta visione dei colori possono percepire la forma o il colore; *transformation design*, grazie alle quali le persone daltoniche vedranno un segno diverso rispetto ai soggetti non affetti da handicap visivo; *hidden digit design*, dove solo le persone daltoniche potranno scorgere i vari segni; e *classification design*, tavole utilizzate per distinguere i pazienti affetti da discromatopsia sul rosso o sul verde. Il test di Farnsworth, invece, consiste nel mettere nella corretta successione tonale una serie di colori, è uno dei test considerato "difficile" dai pazienti, perché più complesso e più lungo da eseguire, motivo per cui viene utilizzato meno frequentemente.

Non sono ancora note terapie risolutive per le varie forme di daltonismo, motivo per cui può avere un impatto significativo sulla sua vita quotidiana e sulle scelte professionali.

L'**individuazione precoce** di questa patologia è di fondamentale importanza per evitare che i pazienti intraprendano percorsi di vita e carriere che potrebbero risultare inadatti a causa delle loro limitazioni visive.

Settori come quello della sicurezza, dell'arte visiva, della moda e dei trasporti possono richiedere una percezione accurata dei colori e una diagnosi tempestiva permette di orientare le aspirazioni professionali e personali verso ambiti più compatibili con le proprie capacità.

Attraverso screening regolari e una **maggiore consapevolezza pubblica**, è possibile garantire che le persone affette da daltonismo ricevano il supporto necessario per fare scelte informate riguardo al proprio futuro.

È essenziale, quindi, che genitori, insegnanti e professionisti della salute siano sensibilizzati su tale tema affinché possano riconoscere i segni del daltonismo e indirizzare i pazienti verso le giuste risorse e consigli.



A cura di IAPB Italia Onlus

DALTONISMO E MODA: UN PROGETTO INNOVATIVO PER SUPERARE LE DIFFICOLTÀ QUOTIDIANE

Attraverso la tesi "Daltonismo e Moda. Dal limite all'opportunità", la Dottorssa Clizia Lanciotti ha gettato le basi per una piccola rivoluzione nell'industria della moda, offrendo una soluzione concreta e innovativa per le persone affette da daltonismo

Il daltonismo è una patologia genetica che impedisce di distinguere in modo corretto i colori, un disturbo che affligge circa 350 milioni di persone nel mondo e più di 3 milioni in Italia, principalmente di sesso maschile.

I colori non permettono solo di godere della reale bellezza del mondo che ci circonda, ma sono anche fondamentali per creare abbinamenti cromatici idonei e socialmente accettati nella scelta dei propri capi d'abbigliamento.

La Dott.ssa Clizia Lanciotti, laureata in Fashion Design con 110 e Lode presso l'Accademia Italiana di Roma, ha dedicato la sua tesi di laurea a un progetto innovativo che ha come obiettivo il guidare le persone affette da daltonismo nelle proprie scelte e acquisti di vestiario.

Con la tesi dal titolo "Daltonismo e Moda. Dal limite all'opportunità", ha sviluppato un'applicazione per smartphone che permette ai daltonici di abbinare i colori degli abiti con facilità e sicurezza.

Attualmente impegnata in un Master in Design degli Accessori presso Accademia Costume & Moda, la

La moda accessibile per le persone con disabilità, è importante poiché consente alle persone con problematiche di esprimersi e di sentirsi bene con sé stesse aiutando anche a ridurre la discriminazione e l'esclusione sociale

Dott.ssa Lanciotti ci racconta l'ispirazione dietro il suo progetto e i futuri sviluppi del suo lavoro di ricerca.

Come è avvenuta la scelta di basare la propria tesi di laurea su una tematica così poco diffusa? Da dove nasce l'idea del suo progetto?

Mio fratello Alessandro è daltonico e fin dalla più tenera età ho avuto modo di constatare le sue difficoltà nella vita di tutti i giorni.

Anche nel vestirsi, i daltonici hanno indiscutibili complessità nello scegliere e abbinare per colori gli indumenti e gli accessori.

Non essendo, infatti, in grado di riconoscere tutto lo spettro cromatico e le sfumature di diversi colori, è altamente difficoltoso riuscire ad accostarli in modo "armonico", per tale motivo hanno spesso bisogno della presenza di un aiuto esterno per capire come vestirsi ed essere sicuri che ciò che indossano sia decoroso e sentirsi quindi "presentabili".

Le esperienze e le innovazioni di moda accessibile sono molteplici, ma ad oggi sono state affrontate solo alcune problematiche, un numero esageratamente ridotto rispetto alle infinite sfaccettature di disabilità che esistono.

Ci può spiegare in cosa consiste il suo progetto?

Nel mio progetto ho proposto un'app che in modo semplice e intuitivo permetta a tutti, e quindi anche ai daltonici, di leggere con il proprio smartphone il QR Code sul cartellino e in etichetta di un capo d'abbigliamento o di un accessorio presente in un punto vendita. Dopo la scannerizzazione, i soggetti possono ricevere informazioni sul colore del capo, nuance comprese, sulla compatibilità cromatica con gli altri colori in generale o in particolare con un altro prodotto esposto nel negozio in cui si trovano, potendo ottenere anche le immagini della combinazione scelta, oltre che fruire di un catalogo con le proposte della catena di vendita su combinazioni con altri capi.

L'obiettivo finale è quello di fornire uno strumento facile, accattivante, che nasce sia per aumentare l'autonomia d'acquisto dei daltonici, ma che sia anche fruibile da tutti e capace di generare interesse.

In questo modo tutti saranno in grado di verificare le proprie scelte con una semplice app ma avranno anche a disposizione un'ampia gamma di alternative di stile.

Il progetto è stato testato su un campione? Come è stata la risposta di quest'ultimo?

Con lo scopo di verificare il parere comune sul progetto è stata effettuata una ricerca quantitativa, tramite la realizzazione di due sondaggi, uno rivolto alla popolazione generale e un altro rivolto ai pazienti daltonici.

L'alto grado di consenso ricevuto, corrispondente al 93,2% della popolazione generale e all'88,2% dei daltonici, ha dimostrato come, per entrambe le categorie sottoposte, il progetto e il suo scopo risultino utili e attrattivi.

Credo che il successo pressoché unanime alla propo-

sta, dipenda dalla larga scelta di suggerimenti d'acquisto, che possono essere di supporto a qualsiasi persona voglia un consiglio.

Secondo lei il progetto che vantaggi può apportare al soggetto daltonico che ne farà uso?

La moda accessibile per le persone con disabilità, soprattutto date le innumerevoli opportunità offerteci dal mondo digitale, è importante poiché consente alle persone con problematiche di esprimersi e di sentirsi bene con sé stesse aiutando anche a ridurre la discriminazione e l'esclusione sociale.

L'app potrebbe consentire alle persone daltoniche di fare acquisti di abbigliamento in modo più indipendente, senza la necessità di dover fare affidamento su terzi per scegliere i colori giusti.

Ciò potrebbe aumentare la loro autostima e la loro fiducia in sé stessi e al contempo diventare uno strumento indispensabile per aiutarli a vivere una vita più indipendente e sicura, migliorandola significativamente.



Filippo Cruciani, Medico Oculista, referente scientifico di IAPB Italia Onlus
Federico Marmo, Medico Oculista specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Tiziano Melchiorre, Segretario Generale IAPB Italia Onlus

LA SPESA FARMACOLOGICA OGGI IN ITALIA: CARATTERISTICHE PRINCIPALI

34,1 miliardi di euro, pari all'1,8% del PIL: è il costo della spesa farmaceutica registrata nel 2022 in Italia. L'aumento della speranza di vita trova nella farmacologia uno dei suoi pilastri e, proprio questa, non risparmia nessuno: il 98,4% della popolazione sopra i 65 anni riceve almeno una prescrizione farmacologica; il 45% interessa, invece, la popolazione pediatrica generale

È stato pubblicato recentemente il Rapporto Nazionale 2022 “**L'uso dei Farmaci in Italia**”, realizzato dall'**Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed)** dell'AlFA, giunto alla ventitreesima edizione. Il Rapporto, che rappresenta uno strumento molto importante per l'analisi dei costi sanitari nel nostro Paese, e in particolare di quelli farmaceutici, può anche fornire elementi informativi per valutare le tante criticità che investono il Sistema sanitario a livello nazionale, regionale e locale.

La spesa farmaceutica è una delle voci che pesano maggiormente sulla spesa sanitaria totale che lo Stato deve sostenere in un momento, come l'attuale, in cui le disponibilità economiche si assottigliano sempre più. Il rapporto tra spesa sanitaria e PIL si va sempre più riducendo nel nostro Paese, e attualmente è al di sotto della media europea, attestandosi intorno a 6,4%.

“La spesa farmaceutica è una delle voci che pesano maggiormente sulla spesa sanitaria totale. Aumenta la spesa farmaceutica privata, con un trend di crescita superiore addirittura a quello dell'assistenza pubblica”

La spesa farmaceutica pesa sensibilmente anche sulle tasche del cittadino e sul bilancio delle famiglie: questo perché non tutti i farmaci sono a carico del Sistema sanitario, oltre al fatto che, molte volte, è richiesto un ticket da pagare. A questo, si aggiungono anche i tanti ostacoli burocratici che, spesso, sconsigliano o addirittura impediscono di seguire l'iter previsto. Così, nel corso degli ultimi anni, la **spesa farmaceutica privata** ha presentato un **trend di crescita** superiore addirittura a quello dell'assistenza pubblica.

L'analisi dei dati emersi del rapporto può essere utile non solo per la valutazione della sostenibilità economica dell'assistenza farmaceutica e del sistema sanitario nazionale, ma anche come fonte di informazioni epidemiologiche sulla prevalenza e incidenza nel nostro Paese di malattie specialmente croniche. Inoltre, può dare notizie sul delicato rapporto cittadino/farmaco, in particolare sull'uso del farmaco stesso, mettendone in evidenza le tante ombre e rappresentando un momento importante per promuoverne l'appropriatezza, con

¹ L'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023



la fattiva collaborazione dei prescrittori, delle aziende farmaceutiche e dei farmacisti territoriali.

Classificazione dei farmaci

Nel proseguo passeremo in rassegna le caratteristiche salienti emerse dal Rapporto, ma prima diventa importante, per una loro piena comprensione, rammentare **la classificazione dei farmaci in base alla rimborsabilità e alla distribuzione.**

In Italia esistono tre classi:

I farmaci di fascia A

Sono i farmaci che il Sistema sanitario nazionale considera **essenziali** insieme a quelli per le malattie croniche. Essi sono a carico del Sistema sanitario stesso. A questi vanno aggiunti alcuni che presentano una “nota AIFA”, che vincola la rimborsabilità a specifiche condizioni patologiche o terapeutiche in atto.

Essi vengono erogati:

- in regime di assistenza convenzionata attraverso le farmacie;
- in distribuzione diretta e per conto.

I farmaci in fascia C

Sono medicinali **privi dell'elemento di essenzialità.** Sono a totale carico del paziente (con la sola eccezione per le pensioni di guerra diretta vitalizia). I prezzi sono determinati dalle imprese produttrici e sono unici su tutto il territorio nazionale. Si distinguono in farmaci:

- con obbligo di prescrizione medica. Il farmacista è obbligato a proporre il “generico” con prezzo più basso, salvo se la ricetta riporta la non sostituibilità. Il loro prezzo può essere aumentato soltanto nel mese di gennaio di ogni anno dispari e non può superare l'inflazione programmata. Per essi l'AIFA

svolge un'azione di monitoraggio;

- senza obbligo di prescrizione medica (SOP), detti anche di automedicazione. Il loro prezzo è stabilito dalla ditta produttrice e non è monitorato dall'AIFA. A loro volta sono distinti in:
- farmaci con accesso alla pubblicità (OTC = Over The Counter), sono farmaci di libera vendita, definiti anche “da banco”, su cui deve essere riportata la dicitura “medicinale di automedicazione”;
- farmaci senza accesso alla pubblicità.

I farmaci di fascia H

Sono i prodotti medicinali erogati in ambito ospedaliero e non possono essere distribuiti dalle farmacie, salvo quelle ospedaliere e quelle delle ASL. Si tratta per lo più di farmaci innovativi e costosi che richiedono maggiori condizioni di sicurezza.

Infine, vanno ricordate le **nuove entità terapeutiche**, che comprendono, oltre ai farmaci in fascia H e quelli direttamente inseriti in fascia A, anche i cosiddetti farmaci orfani (usati per le malattie rare).

Caratteristiche generali della spesa farmaceutica

Fatta questa premessa, prendiamo in considerazione in maniera sintetica *le principali caratteristiche generali sull'uso dei farmaci in Italia*, emerse dal Rapporto dell'Osservatorio Nazionale del 2022.

Iniziamo riportando *il totale della spesa farmaceutica nazionale (pubblica e privata)*, che nel 2022 è stato di **34,1 miliardi di euro**, pari all'1,8% del Prodotto Interno Lordo (PIL) a prezzi correnti.

Si tratta di valori che rivelano il ruolo fondamentale della terapia farmacologica per la salute dell'uomo moderno, l'importanza dell'industria farmaceutica nella

società contemporanea, ed un comparto di spesa per la collettività in continua crescita, che fa registrare un aumento del 6,5% in un solo anno.

Nel corso del 2022 il 66,3% degli assistiti ha ricevuto almeno una prescrizione di farmaci, con una lieve differenza tra i due sessi: il 62,0% per i maschi e il 70,4% per le femmine. La spesa pro-capite è stata di 203 euro. In media risulterebbe che ogni cittadino ha ricevuto poco più di una dose di farmaco ogni giorno dell'anno.

La variabile nettamente più importante ai fini del consumo dei farmaci si è rivelata l'età, anche se la prevalenza d'uso dei farmaci non risparmia nessuna fascia di popolazione: si pensi che ne è interessato circa il 50% dei bambini e degli adulti fino a 49 anni. Comunque, è la **popolazione con più di 65 anni la maggiore consumatrice**: la quasi totalità di questi cittadini, esattamente il 98,4%, ha ricevuto almeno una prescrizione farmacologica. Tra questi i soggetti con i maggiori consumi sono stati quelli con età superiore agli 80 anni. Nel complesso, la spesa media per utilizzatore della popolazione anziana è stata pari a 520,8 euro senza importanti variazioni rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda il sesso, fra gli ultrasessantacinquenni gli uomini risultano più colpiti rispetto alle donne (601,5 euro di spesa media contro 520,8).

Nel 2022 ogni utilizzatore anziano ha assunto in media 7,6 sostanze diverse: fra i sessantenni si scende a 6, fra gli ultraottantenni si sale a 8,7. Valori simili sono stati riscontrati nei due sessi. Rispetto ai principi attivi, risulta che circa due utilizzatori anziani su tre ne abbiano assunti almeno 5 diversi, e uno su quattro almeno 10. Tali valori sono indicativi di un frequente ricorso alla politerapia. Le categorie terapeutiche più frequentemente prescritte sono gli antipertensivi, gli ipolipemizzanti e i farmaci per l'ulcera peptica, per lo più in combinazione.

Nel corso del 2022, quasi 4,2 milioni di *bambini e adolescenti* hanno ricevuto almeno una prescrizione far-

maceutica, pari al 45,0% della popolazione pediatrica generale, con una prevalenza leggermente superiore nei maschi rispetto alle femmine (46,1% vs 43,8%). Gli *antinfettivi per uso sistemico* si sono confermati la categoria terapeutica a maggiore consumo in età pediatrica, seguiti dai farmaci dell'apparato respiratorio. I farmaci del sistema nervoso centrale si sono collocati al quarto posto tra quelli più prescritti, con un consumo pari all'8,8% del totale.

Nel *confronto internazionale* la spesa farmaceutica totale italiana, comprensiva della spesa territoriale pubblica e privata e della spesa ospedaliera, con un valore di 555 euro *pro capite*, risulta inferiore rispetto a quella registrata in Germania (640 euro), Austria (620 euro), Belgio (635 euro), Francia (557 euro) e Spagna (558 euro), mentre è al di sopra dei valori di Polonia (221 euro), Portogallo (410 euro), Gran Bretagna (454 euro), Svezia (451 euro) e della media dei Paesi europei che è pari a 359 euro. L'Italia risulta al primo posto per i consumi territoriali dei farmaci del sistema cardiovascolare.

La spesa farmaceutica pubblica e privata

Se poi si passa ad analizzare la spesa farmaceutica tra pubblico e privato, si evince che il maggior carico grava sul sistema sanitario nazionale.





Di seguito i particolari del 2022:

La spesa farmaceutica pubblica è stata di 23,5 miliardi

- il 68,9% della spesa farmaceutica complessiva (poco più dei 2/3);
- il 17,9% della spesa sanitaria pubblica (poco meno di 1/5).

La spesa farmaceutica pubblica è normalmente distinta in *ospedaliera e territoriale*.

La *territoriale* comprende i farmaci di classe A, erogati in regime di assistenza convenzionata (dalle farmacie in regime di convenzione) e in distribuzione diretta (acquistati dalle ASL e consegnati ai cittadini) o per conto (acquistati dalle ASL e distribuiti dalle farmacie), è stata di 12,5 miliardi, poco più della metà della spesa farmaceutica pubblica, con un trend in aumento del +5,7% soprattutto dovuto a quelli in distribuzione diretta (+15,4%) o per conto (+11,5%).

La *spesa farmaceutica convenzionata* con le farmacie (comprensiva della spesa rimborsata dei farmaci di fascia C) che rappresenta il 32,6% di quella pubblica, non ha presentato invece aumenti importanti: appena del +1,2% (sostenuto soprattutto da ossigeno e vaccini), a cui si è associata una riduzione del 12,5% per i farmaci importanti e del 27,6% per le preparazioni galeniche. In questo regime nel 2022 sono state consumate 18 confezioni per cittadino.

Un capitolo a parte nella spesa farmaceutica pubblica è rappresentato dalle *nuove entità terapeutiche e farmaci orfani* che costituiscono un settore di spesa importante e, soprattutto, presentano un trend di crescita continua: si è passati dai 5.174 milioni del 2014 a circa 8.540 milioni del 2022: dal 22,3% della spesa farmaceutica al 34,3% nel suddetto arco temporale.

La spesa farmaceutica privata è stata di 9,9 miliardi.

Anch'essa ha presentato un marcato trend di crescita, addirittura superiore a quello della spesa pubblica: 7,6% rispetto all'anno precedente.

Essa comprende:

- il ticket regionale (quota di partecipazione): ha inciso per il 4,7%, vale a dire con 417,1 milioni;
- la differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento (quota di partecipazione): ha inciso per il (10,9%), vale a dire con 1.083,8 milioni;
- l'acquisto dei farmaci di quota A: ha inciso per il 19,2%, vale a dire con 1.907,9 milioni;
- l'acquisto di quelli in fascia C: ha inciso con la percentuale più alta pari al 65,6% con 6.510,3 milioni. L'acquisto di questi farmaci grava pesantemente sul cittadino, anche perché il prezzo è stabilito dalle aziende produttrici.

In particolare la spesa dei farmaci in questa fascia è così distribuita:

- Per quelli con ricetta: 3.523,1 milioni (35,5%).
- Per i SOP e OTC: 2.660,9 milioni (26,8%).
- Per Esercizi commerciali 326,3: milioni (3,3%).

Se consideriamo solo i farmaci di fascia C si hanno le seguenti percentuali:

- il **54%** sono acquistati dietro presentazione di ricetta medica,
- il **46%** senza ricetta medica (SOP e OTC) in farmacia o in esercizi commerciali.

Da questi primi dati sulla spesa farmaceutica ciò che va principalmente sottolineato è la forte incidenza sui bilanci pubblici e privati e la sua tendenza a consistenti aumenti da un anno all'altro. Ma a nostro avviso meritano particolare attenzione i dati che emergono dalla spesa *a carico del cittadino*, soprattutto per quanto riguarda *i farmaci di fascia C*. Essa ha raggiunto i 6,5 miliardi con un incremento del 6,9% in un anno. Si tratta di farmaci di largo consumo, la cui spesa è in aumento non per variazione del prezzo, che si mantiene sostanzialmente stabile, ma per le quantità acquistate (+13%). Passiamo prima in rassegna *i farmaci in fascia C acquistabili solo con ricetta*, dividendoli in:

Farmaci che comportano la maggiore spesa (dovuta

principalmente al prezzo elevato): figurano al primo posto gli **ansiolitici** (379,3 milioni di euro), gli **ipnotici** e **sedativi** (144,3 milioni) e le **Benzodiazepine** analoghi (74,5 milioni di euro), tutti *derivati benzodiazepinici* (ATC I : N). La loro importanza terapeutica non è assolutamente in discussione, in quanto intervengono nel garantire quel benessere psichico, che sta a fondamento del concetto stesso di salute secondo l'OMS. Ancor più hanno un ruolo prioritario in tante malattie i **corticosteroidi**, che sono a carico del cittadino per un totale di spesa di 247,2 milioni di euro (ATC I : D = 94,1 milioni, R=79,5 milioni, S= 73,6). Tra questi farmaci figurano i *contraccettivi estroprogestinici* per i quali le donne hanno dovuto affrontare la spesa di 215,6 milioni di euro; mentre gli uomini hanno speso 240,6 milioni di euro per i *farmaci usati nella disfunzione erettile*. Questi ultimi due dati stanno a significare l'importanza che ha nella vita umana la sfera sessuale, a cui il farmaco può contribuire a viverla con serenità e continuità; manca però il supporto del Sistema sanitario. Tra le prime categorie a maggiore spesa figurano anche i **vaccini antinfluenzali** (79,6 milioni di euro).

Il principio attivo a maggiore spesa è il **paracetamolo** con 260 milioni di euro, pari al 7,4% del totale della classe C con ricetta. Si tratta di un farmaco utilizzato prevalentemente in pediatria e recentemente previsto nella terapia domiciliare del Covid-19.

Farmaci a maggior consumo, tra i quali figurano al primo posto i FANS, seguiti dalla Vitamina B12, dai benzodiazepinici, dalle associazioni estroprogestiniche, dagli anilidi, dai mucolitici dai corticosteroidi, ecc..

I *farmaci in fascia C di automedicazione (SOP E OTC)* a maggiore spesa sono stati i derivati dell'acido propionico (es. ibuprofene, ketoprofene, naprossene, flurbiprofene) con 340 milioni di euro, seguiti dai FANS per uso topico (stessa categoria terapeutica) con 233,7 milioni di euro e dagli anilidi con 221,8 milioni, dalle sostanze per il trattamento orale con 162,3

milioni, ecc. L'acido salicilico e derivati figurano all'11° posto con 79 milioni di euro. Le molecole a maggior spesa vedono saldamente in testa l'ibuprofene con 252,8 milioni di euro in forte incremento rispetto al 2021 (+52,5%), seguito dal diclofenac con 183,8 milioni di euro, invece in riduzione del 4,1%.

Per quanto riguarda il consumo, balzano al primo posto i simpaticomimetici non associati e quelli usati come decongestionanti, seguiti dai FANS per uso topico e dai derivati dell'acido propionico. L'acido salicilico e derivati passano al 19° posto.

Questo rapido excursus sui farmaci di fascia C dimostra come il cittadino sia chiamato a sostenere di tasca propria un'ampia fetta di spesa farmaceutica che riguarda farmaci di largo e di frequente uso. Naturalmente, non si tratta di prodotti salvavita, ma ciò non vuol dire che non siano necessari per curare non solo sintomi, ma anche malattie importanti, spesso ad andamento cronico, che possono portare a situazioni di grave invalidità. Come esempio, si pensi solo al cortisone che, in molte situazioni patologiche, rappresenta il primo farmaco di scelta, spesso essenziale per la guarigione.

Un fatto importante da segnalare riguardo alla spesa farmaceutica sostenuta dal paziente è *l'acquisto privato di farmaci di fascia A*, che dovrebbero essere invece a carico del Sistema sanitario. Si tratta di una spesa pro-capite di 30,60 euro, ma ciò che è più importante segnalare è l'aumento del 19% nel corso di un anno. In base al consumo, figurano al primo posto la Vitamina D e analoghi, seguiti dagli antiaggreganti piastrinici, dagli inibitori della pompa protonica, Ace inibitori, e via via un po' tutte le altre categorie terapeutiche. Va segnalato che 2/3 dell'acquisto privato di questi farmaci si riferiscono a prodotti con un prezzo inferiore ai 6 euro (61,3%) e solo il 14% supera i 10 euro. Questi ultimi venduti specialmente nel Centro Italia, mentre i precedenti maggiormente al Sud. Comunque, per tutti i farmaci si riscontra una grande variabilità regionale rispetto alla spesa e ai consumi,



non sempre facilmente spiegabile; sicuramente le variabili che interferiscono sono molteplici.

Infine, un cenno alla spesa dei farmaci erogati dagli esercizi commerciali: è stata nel 2022 di 326,3 milioni di euro con un incremento del 13,7% rispetto all'anno precedente. Tra i farmaci più venduti figurano diclofenac, l'ibuprofene, paracetamolo, nafazolina, glicerolo.

Alcune considerazioni e conclusioni

La prima caratteristica che subito balza agli occhi, già a una prima sommaria lettura del Rapporto 22, è il ruolo prioritario che il farmaco ricopre nella medicina moderna sia in termini di consumo che di spesa. D'altra parte, l'aumento della speranza di vita, che si registra in ogni parte del Mondo, sia pure con forti variazioni regionali, trova nella farmacologia uno dei suoi pilastri principali. La stessa ricerca scientifica - di laboratorio, pre- e clinica - è molto concentrata sulla messa a punto di nuovi principi attivi ed è gestita principalmente da aziende farmaceutiche che investono molto nel settore ricerca e sviluppo. Tutto ciò porta certamente a un continuo arricchimento dell'offerta terapeutica, ma allo stesso tempo, date le enormi somme investite, a un elevato costo del prodotto finito.

Il farmaco ormai costituisce un fedele accompagnatore dell'uomo moderno, entrato prepotentemente nella sua vita: nel nostro Paese solo un cittadino su tre non riceve una prescrizione di farmaci in un anno; ma ciò non vuol dire che non ne abbia utilizzato qualcuno specie di quelli in fascia C.

Nessuna età è risparmiata, ma il consumo maggiore si ha nell'anziano. In questa fascia d'età uguale o superiore ai 65 anni (il 24% della popolazione italiana), come abbiamo già segnalato, la quasi totalità deve ricorrere all'uso di farmaci, ma ciò che ci preme più sottolineare è il fatto che il 68,1% degli utilizzatori è in "politerapia", cioè, riceve nel corso dell'anno 5 diverse sostanze terapeutiche e, rispetto ai principi attivi, il 28,6% ne assume almeno 10.

Tutto ciò naturalmente solleva qualche dubbio sull'appropriatezza di molte prescrizioni. C'è, a volte, un'esagerazione nel ricorso ai farmaci? C'è sufficiente attenzione nel valutare soprattutto il rischio di interazioni farmacologiche? Si valuta a sufficienza il fattore età nell'insorgenza di fenomeni indesiderati? Sono tutte riflessioni che il prescrittore dovrebbe porsi. Un esempio di scarsa appropriatezza è la presenza costante di un antibiotico nella combinazione farmacologica assunta dai pazienti in politerapia con più di dieci principi attivi. Sicuramente il ricorso a specialisti diversi, così diffuso nella medicina contemporanea, fa sì che si prescrivano farmaci considerando solo l'organo in oggetto, perdendo di vista il paziente in un contesto olistico. L'ormai imminente introduzione - almeno nelle promesse - del fascicolo elettronico per tutti i cittadini sarebbe un momento importante per superare tutte queste criticità. Comunque, è sempre più necessario nella popolazione anziana l'aumento delle attività di appropriatezza prescrittiva, la riconciliazione farmacologica e ciò che gli anglosassoni chiamano *deprescribing*.

È il caso di ricordare che l'appropriatezza prescrittiva, principio fondamentale dell'assistenza sanitaria (riferibile non solo ai trattamenti farmacologici ma, più in generale a qualsiasi prescrizione diagnostica, terapeutica o riabilitativa), si basa innanzitutto sull'adeguatezza delle prescrizioni mediche alla malattia del paziente, alle sue condizioni generali di salute, alle eventuali allergie, intolleranze o interazioni con farmaci già in uso, nonché alle linee guida cliniche e alle evidenze scientifiche disponibili. L'appropriatezza prescrittiva prevede, oltre la definizione della giusta posologia di un farmaco adeguata al caso (dosi e durata), la valutazione delle probabilità di beneficio rispetto ai potenziali rischi con esso connessi, in relazione agli specifici bisogni (non solo "fisici" ma anche psicologici, culturali etc.) e alla complessità del singolo paziente. In termini generali essa è un pilastro della "qualità" nella moderna medicina, soprattutto per perseguire l'efficacia delle cure (miglior risultato possibile), la sicurezza del paziente (minimizzazione del

rischio di effetti avversi o danni derivanti dal processo di cura), l'efficienza assistenziale (miglior rapporto tra quantità di risorse impiegate e risultati ottenuti), la personalizzazione dei trattamenti (erogazione di cure rispettose e rispondenti alle esigenze e alle preferenze, ai bisogni e ai valori personali dei pazienti).

Sotto il profilo economico-gestionale, l'appropriatezza prescrittiva si impone quale strumento imprescindibile per la riduzione di sprechi e spese improprie e per un uso razionale delle risorse e il contenimento della spesa sanitaria complessiva. A tal proposito, è opportuno ricordare che circa il 30% della spesa sanitaria va in prestazioni inutili o dannose e che correggere gli sprechi in questo campo contribuisce a migliorare la sostenibilità economica della medicina, permettendo di allocare le risorse dove sono più necessarie e liberando mezzi per una migliore equità e accessibilità all'assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda la sostenibilità della spesa farmaceutica, dal rapporto emerge che **sono le nuove entità terapeutiche a gravare sempre più pesantemente sui bilanci delle ASL**. La loro distribuzione avviene direttamente tramite il Servizio sanitario. Esse figurano infatti per 63% in fascia H e per il 37% direttamente in fascia A; esse comprendono anche i cosiddetti farmaci orfani. Come abbiamo ricordato, il loro costo nel 2022 è stato di circa 8 miliardi e 540 milioni; ma l'aspetto che più preoccupa ai fini della loro sostenibilità economica, è l'aumento di 12 punti percentuali in soli 8 anni, essendo passato dal 22,3% della spesa farmaceutica del 2014 al 34,3% del 2022. Ciò è dovuto al costante ingresso di nuove entità terapeutiche, senza che sia bilanciato da farmaci che perdono questa qualifica. Tra le categorie di farmaci delle nuove entità terapeutiche, nettamente, al primo posto figurano gli "antineoplastici e immunomodulatori" con una percentuale del 44,6%.

Riguardo alla spesa farmaceutica pubblica territoriale un aspetto positivo è costituito dal prezzo quasi stabile dei farmaci in fascia A erogati dalle farmacie, con l'eventuale pagamento di un ticket da parte del paziente. Si è registrato solo un lieve aumento (+1,2%) nel 2022 rispetto al 2021. Ciò si spiega con il fatto che, pur rivestendo grande importanza terapeutica, non sono innovativi e spesso sono a brevetto scaduto. Situazione molto diversa è per i farmaci in fascia A erogati in distribuzione diretta: essi hanno presentato un aumento addirittura del +15,4%.

Il consumo dei farmaci di fascia A in regime di assistenza convenzionata, ci permette di fare alcune considerazioni sui cosiddetti "generici", ovvero quei farmaci il cui brevetto risulta scaduto dopo 20 anni dalla loro registrazione e che, quindi, possono essere prodotti ovviamente a costi inferiori da qualsiasi azienda (e non solo dalla detentrica del brevetto stesso). Essi hanno lo stesso principio attivo e lo stesso dosaggio; per questo sono chiamati più propriamente "equivalenti". Se esiste qualche differenza, questa si riferisce esclusivamente agli eccipienti. La loro efficacia è esattamente la stessa. Ciononostante, nel nostro Paese stentano ad affermarsi pienamente: si pensi che in Italia, rispetto alla Francia e alla Gran Bretagna, se ne consuma un 40% in meno. I dati parlano chiaro. Nel 2022 i farmaci a brevetto dei farmaci in classe A, in regime di distribuzione convenzionata tramite le farmacie, hanno costituito l'86,2% dei consumi e il 71,6% della spesa; gli "equivalenti" sono risultati soltanto il 30% dei consumi e il 21,9% della spesa: percentuali rimaste quasi invariate negli ultimi due anni. Il fenomeno interessa tutto il territorio nazionale, ma con una profonda eterogeneità regionale sia in termini di consumo che di spesa. Infatti, nell'uso dei farmaci a brevetto scaduto le Regioni del Sud (73,9%) e del Centro (73,1%) presentano la maggiore incidenza, sia rispetto alle Regioni del Nord (69,1%), che rispetto alla media italiana (71,6%). La situazione si rovescia completamente se si considerano gli equivalenti: le Regioni del Nord ne consumano



una percentuale maggiore (44,5%), rispetto al Centro (33,2%) e al Sud (24,8%), con la Campania, Calabria e Basilicata ai livelli più bassi (= o <20%).

Spiegare questo scarso ricorso agli equivalenti nel nostro Paese e la grande variabilità tra le Regioni, non è semplice. Le variabili possono essere molte, ma sicuramente occupa una posizione di primo piano la mancanza di un'informazione capillare e soprattutto indipendente, non solo sul singolo cittadino, ma anche sul prescrittore (il medico deve riportare sulla ricetta il principio attivo e non il nome commerciale) e sul distributore (il farmacista è tenuto a consigliare per legge l'equivalente).

Ciò che ha caratterizzato particolarmente la **spesa farmaceutica totale** è il *costante aumento della spesa a carico del cittadino*, e proprio l'aumento della spesa privata ha determinato negli ultimi sei anni un andamento decrescente della spesa territoriale pubblica. In termini di compartecipazione il cittadino ha versato un miliardo e mezzo alle casse pubbliche (circa 25 euro pro-capite), contribuendo per il 15,2% alla spesa farmaceutica convenzionata lorda: rispetto al 2021 si è registrato un aumento soprattutto per quanto riguarda il ticket per ricetta/confezione (+4,8%, mentre l'aumento per i medicinali a brevetto scaduto è stato appena dello 0,1%).

A influire specialmente sulla spesa farmaceutica privata sono le spese:

- per i farmaci in fascia A con un aumento del 16,1%;
- per quelli in fascia C per automedicazione con un aumento del 13,9%;
- per quelli dispensati negli esercizi commerciali.

I farmaci in fascia C con ricetta fanno registrare invece un lievissimo aumento (+1,6%). Per quanto riguarda i consumi, l'andamento si presenta stabile per i farmaci in fascia A e per quelli in fascia C con ricetta, mentre aumenta sensibilmente quello per i farmaci per automedicazione con un +19,3%. Non è facile trovare precise spiegazioni per questi risultati, soprattutto in un mo-

mento in cui la condizione di povertà aumenta nel nostro Paese. Sicuramente le variabili sono tante, non ultima le lunghe liste di attesa per visite ed esami strumentali. Ciò che comunque sembra emergere è il ricorso al “far da sé” e un progressivo minor ricorso al medico sia per una visita, sia per avere la prescrizione/ricetta.

In conclusione, riportiamo quanto scritto da **Silvio Garrattini** nel suo ultimo libro “*Prevenzione è rivoluzione*”, ed. il Mulino, 2023:

- rispetto ai medici prescrittori, “[...] è necessario sviluppare un'informazione indipendente soprattutto sui farmaci”;
- rispetto all'AIFA: “[...] deve avere il coraggio di modificare il Prontuario terapeutico nazionale rivedendolo sistematicamente, un intervento che manca dal 1993”;
- rispetto alla legislazione europea: dovrebbe aggiungere fra i principi per l'approvazione di un farmaco, oltre a qualità, efficacia e sicurezza, il “valore terapeutico aggiunto”. Così “eviteremo la pletora di farmaci che oggi affollano il mercato senza sapere come si confrontino nell'ambito delle loro categorie”.



*Renato Mantovani, Avvocato**

OBBLIGO ASSICURATIVO PER I SANITARI - DECRETO ATTUATIVO

D.M. n. 232/2023: attuazione della legge Gelli, aspetti principali di rilievo

Con il decreto n. 232/2023 del Ministero delle Imprese e del Made in Italy, **entrato in vigore il 16 marzo 2024**, vengono stabiliti i requisiti minimi delle polizze assicurative che devono essere sottoscritte dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, sia pubbliche che private, e da tutti i professionisti sanitari.

Requisiti, questi, non presenti nella Legge n. 24/2017 (entrata in vigore dal 1° aprile 2017), meglio nota come “**Gelli-Bianco**”, e attesi dall’estate dello stesso anno.

Un provvedimento normativo, dunque, che permette la concreta attuazione all'**obbligo assicurativo** previsto a carico di professionisti e strutture sanitarie dalla legge Gelli-Bianco. Sebbene, infatti, la norma fosse prevista già a suo tempo nel testo da emanare 120 giorni dopo l’entrata in vigore della legge n.24/2017, è giunta a noi solo sette anni dopo. La legge Gelli Bianco al suo art. 10 prevede espressamente, per tutti gli esercenti di professioni sanitarie, l’obbligo di specifiche coperture assicurative per garantire i rischi derivanti dall’esercizio dell’attività professionale.

I sanitari che esercitano la professione al di fuori di una struttura sociosanitaria pubblica o privata, o che prestano la loro opera all’interno della stessa in regime libero-professionale (ovvero che si avvalgono della struttura stessa per fornire come liberi professionisti la

prestazione liberamente concordata con il paziente), sono tenuti a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall’esercizio dell’attività professionale.

Lo stesso professionista deve, inoltre, indicare al cliente, al momento dell’assunzione dell’incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale, indicando espressamente anche i massimali afferenti alla polizza stessa.

Obbligo che riguarda anche le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che devono dotarsi di idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso i propri prestatori di attività sanitaria.

Su tale ultimo presupposto, per i sanitari con la qualità di dipendenti è sufficiente la stipula di una polizza che li copra solo in caso di richiesta risarcitoria derivante da un evento avverso loro imputabile per un comportamento rientrante nel concetto di colpa grave.

Nel recentissimo Decreto vengono, inoltre, indicati quelli che sono i massimali delle polizze per chi non ha un rapporto esclusivo di dipendente e per chi svolge attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: non può essere inferiore a **1.000.000 euro per sinistro** e, come aggregato per ciascun anno, non inferiore a **3.000.000 euro**.

“Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d’opera” Art. 10 L. 24/2017

Massimale che dovrà invece essere, per chi svolge anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiológica e parto, non inferiore a **2.000.000 euro per sinistro** e, aggregato per ciascun anno, non inferiore a **6.000.000 euro**. Le polizze attualmente in essere per questi professionisti, dopo la scadenza per l'annualità in corso, dovranno essere obbligatoriamente adeguate ai massimali indicati.

La norma introduce, inoltre, a far tempo dal **16 marzo 2024**, la possibilità per i pazienti che si ritengo danneggiati dall'atto medico al quale sono stati sottoposti, di agire direttamente nei confronti delle compagnie di assicurazione della Struttura Sanitaria che, allo scopo, dovranno essere chiaramente **individuabili anche nei siti internet** delle Strutture stesse, azione diretta che si può inoltre esercitare in egual modo anche alle compagnie assicuratrici dei liberi professionisti, al pari di

ciò che avviene oggi nella RC auto.

Ulteriore elemento che si ritiene utile ricordare in merito all'obbligo di copertura assicurativa per il medico è quello riferibile al fatto che nel **gennaio 2023**, con la conversione in legge del DL 152/2021 (PNRR), è diventato operativo l'emendamento all'Articolo 10 della Legge Gelli che prevede, a decorrere dal triennio formativo ECM 2023-2025, che chi non è in regola (e documenta) con **almeno il 70% dell'obbligo formativo previsto** dal programma di Formazione Continua in Medicina, **non sarà protetto dalla copertura assicurativa** in caso di contenzioso.

** Studio legale Avvocato Renato Mantovani
20122 Milano - via A. Lamarmora, 16
TEL. 02-54.55.270 / 02-55.01.80.43 FAX 02-54.65.818
E-mail : studioman@italex.it*



Federico Marmo, Medico Oculista specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Ester Piegari, Medico legale ASL I Napoli

Filippo Cruciani, Medico Oculista, referente scientifico di IAPB Italia Onlus

Idoneità¹: definizione, considerazioni e indicazioni pratiche

L' idoneità è un dato fondamentale per consentire alle persone di lavorare e agire in sicurezza.

L' oculista, nella sua valutazione, ha un ruolo fondamentale

L' idoneità si può genericamente definire come condizione o stato o caratteristica (morfo-strutturale e/o funzionale) che qualsiasi "risorsa"¹, impiegata per uno scopo, deve avere per essere giudicata adatta, adeguata o qualificata per quello scopo. L' idoneità si esprime in parametri quali-quantitativi che scaturiscono dalla "natura" della risorsa da valutare (persona, organizzazione, struttura, animale, oggetto, luogo etc.) e che costituiscono i "requisiti" ritenuti necessari per poter assolvere una determinata funzione.

In qualsiasi contesto e qualunque sia lo scopo, il giudizio d' idoneità sostanzialmente persegue due obiettivi:

- l' efficienza/efficacia;
- la sicurezza dell' azione/funzione da svolgere.

In tal senso, requisiti d' idoneità possono essere previsti, per esempio, per giudicare la capacità di una struttura edilizia a sopportare determinati carichi oppure di un terreno agricolo a consentire specifiche coltivazioni oppure di un animale a svolgere specifici impieghi (lavoro, compagnia etc.), di un' azienda a produrre determinati prodotti o servizi. Parimenti, in moltissime attività umane (lavorative, sportive, ludico-ricreative, etc.) sono previsti specifici requisiti psico-fisici (che complessivamente definiscono il "fabbisogno" di caratteristiche anatomico-funzionali ovvero il livello di idoneità) necessari per garantire che ogni atti-

vità sia svolta in maniera proficua, produttiva e, soprattutto, sicura (ossia senza danno per chi svolge l' azione e per il contesto/collettività in cui l' azione è svolta). Nel concetto di "sicurezza" rientra anche la valutazione dell' effetto usurante ovvero del logoramento psico-fisico che determinate attività possono avere nel tempo su chi svolge quell' attività. In poche parole, la valutazione dell' idoneità ha lo scopo di "ottimizzare" lo svolgimento dell' attività operativa e di prevenire possibili danni da questa derivanti. In linea di principio, per qualsiasi attività il pattern dei requisiti anatomico-funzionali dovrebbe essere quanto più commisurato al reale "fabbisogno" e, pertanto, dovrebbe essere sempre fondato su oggettive specifiche valutazioni ergonomiche più che su generici principi e concetti di efficienza fisica. Si dovrebbero altresì definire i deficit psico-fisici che possono controindicare o limitare specificamente lo svolgimento di una determinata attività, valutando, possibilmente su "evidenze", il probabile reale impedimento (più che gli ipotetici "possibili" rischi).

In ogni caso, la definizione di requisiti e controindicazioni non può prescindere da alcuni fondamentali presupposti:

- i giudizi di idoneità devono fondarsi su dati statistico-epidemiologici (evidence based) che confermino il reale impatto di determinate condizioni anatomico-funzionali nelle varie condizioni operative;
- le attività umane odierne sono sempre più "tecnologiche" e richiedono sempre più "abilità" specifiche (oltre che caratteristiche motivazionali, attitudinali, comportamentali, etc.) piuttosto che doti esclusivamente "fisiche";

¹ Il termine viene qui usato nel suo significato più generico per indicare qualsiasi "mezzo" che persegue uno scopo; come di seguito specificato, si fa riferimento indifferentemente a persona, organizzazione, struttura, animale, oggetto, luogo etc., ossia a qualunque "strumento" possa essere impiegato per raggiungere uno scopo.



- *l'uomo moderno, anche quando si trova ad operare in condizioni cosiddette "estreme", è supportato da facilities logistiche e può giovare di dispositivi di protezione, individuale e collettiva, di varia natura che lo rendono meno esposto (o meno vulnerabile) a noxae lesive fisiche e biologiche;*
- *le moderne terapie mediche e chirurgiche anche quando non raggiungono una completa restitutio ad integrum, possono ricreare condizioni morfo-funzionali stabili e sufficientemente efficaci e sicure anche per attività fisicamente gravose.*

Concettualmente "idoneità" si distingue da "abilità":

- *la prima è una condizione psico-fisica di base, necessaria (ma talora non sufficiente) per giudicare un soggetto "compatibile" con determinate attività lavorative;*
- *la seconda è una competenza aggiuntiva, "avanzata", af-*

ferente a conoscenze, esperienze e qualità personali e consistente in capacità specifiche, sviluppate attraverso l'apprendimento e l'esercizio, talora richiesta per svolgere determinati ruoli o compiti.

Per esempio, l'abilità di esprimersi correttamente ed efficacemente in forma orale e scritta può essere una competenza preferenziale/condizionante per talune attività lavorative (relazioni con il pubblico, gestione risorse umane, comunicazione in senso lato, etc.).

Da un punto di vista teorico, la valutazione dell'idoneità di un individuo investe due diversi ambiti dottrinali in quanto ha una doppia finalità:

- *essa si configura come un'attività medico-legale per le implicazioni giuridiche ed amministrative (in quanto condizionante diritti da fruire o doveri da osservare);*

- contestualmente, ha una intrinseca valenza medico-preventiva in quanto non solo è una misura atta ad evitare possibili danni alla salute direttamente derivabili dall'attività da svolgere ma funge altresì da strumento di prevenzione secondaria in quanto agisce come screening di malattie.

In tal senso, un classico esempio era costituito dalla visita di idoneità al servizio militare di leva, attiva dall'unità d'Italia fino all'anno 2004, che selezionava i "coscritti" idonei all'arruolamento e contestualmente fungeva da efficacissimo strumento (ormai irrimediabilmente perso!) per lo screening delle malattie e delle imperfezioni psicofisiche nella popolazione giovanile maschile fornendo altresì rilevanti dati epidemiologici. Per altro, può essere interessante notare che nelle Forze Armate (come in tutte le collettività "selezionate") si crea un rapporto di proporzionalità inversa tra i "livelli" di idoneità posti come requisito per l'arruolamento (metaforicamente descrivibili come "maglie" del filtro selettivo) e i tassi di morbosità (e mortalità) successivamente rilevabili: allorquando, per motivi vari, si abbassano i livelli di idoneità (ovvero si allargano le maglie del filtro), vengono reclutati soggetti con maggiore vulnerabilità e maggior rischio di malattia; viceversa, una selezione con parametri più restrittivi consente il reclutamento di una popolazione con maggiori qualità psico-fisiche e minore vulnerabilità.

Di fatto esiste un bilanciamento tra domanda ed offerta di "manodopera" che condiziona i criteri di selezione: nelle emergenze belliche, per esempio, si può creare un incremento della "domanda" di militari, tale da imporre un abbassamento dei livelli dei parametri selettivi al servizio militare, soprattutto in presenza di scarsità numerica della popolazione da cui attingere.

In ambito lavorativo una corretta ed equilibrata valutazione dell'idoneità dovrebbe conciliare gli interessi del lavoratore con quelli del datore di lavoro che talvolta possono essere contrastanti, in quanto il primo ha interesse a essere valutato "idoneo" per poter continuare a svolgere a buon diritto il suo lavoro e a percepire la sua retribuzione, il secondo ha interesse a verificare che il lavoratore sia effettivamente idoneo al lavoro sia per garantire il funzionamento e la produttività dell'azienda, sia per evitare responsabilità in caso di infortuni o malattie professionali.

Idealmente, nel mondo del lavoro l'accertamento dell'idoneità, dovrebbe consentire l'adattamento reciproco e l'integrazione, quanto più proficua, soddisfacente e sostenibile, tra attività e uo-

mo: se l'uomo deve avere le adatte qualità psico-fisiche e psico-attitudinali (flessibilità, adattabilità, apertura al cambiamento ed a miglioramento etc.), è altrettanto auspicabile che il "lavoro" sia quanto più adatto alle capacità psico-fisico-attitudinali, alle abilità e alle aspirazioni dell'uomo e che, più in generale, l'ambiente di lavoro, inteso sia come contesto sociale e relazionale che come luogo "fisico" in cui si svolge l'attività lavorativa, sia idoneo a garantire sicurezza, benessere, produttività.

L'assioma "l'uomo giusto al posto giusto" è quanto mai appropriato per definire la necessità di armonizzare e ottimizzare la relazione uomo-attività-ambiente². Per inciso, ricordiamo che esistono norme specifiche che definiscono l'idoneità "fisica" dell'ambiente di lavoro secondo precisi parametri: il D.lgs. 81/2008 e la norma UNI EN 12464-1:2021, per esempio, prevedono che gli ambienti indoor dispongano di un'illuminazione naturale e/o artificiale atta a garantire in tutte le ore del giorno e in tutte le condizioni atmosferiche il migliore comfort visivo; come pure per Legge deve essere garantito un idoneo microclima (temperatura, umidità relativa e velocità dell'aria) che, insieme all'inquinamento dell'aria, è uno dei fattori determinati la qualità degli ambienti in cui si vive e si lavora e quindi il benessere delle persone.

Nell'idoneità per qualsivoglia attività, si valuta prevalentemente la funzionalità psico-neuro-motoria e, soprattutto, la capacità psico-sensoriale visiva e uditiva; le "espressioni" anatomopatologiche delle imperfezioni anatomiche, degli esiti di lesioni e, in genere, delle "malattie" vengono valutate per le loro implicazioni "funzionali" (o anche morfologiche) che potrebbero limitare, controindicare o in qualche modo interferire con l'attività da svolgere o da queste subire un aggravamento.

Esistono attività ad altissimo impegno psicofisico per le quali è necessaria la pressoché totale integrità morfologica e funzionale di organi ed apparati, ossia un'idoneità di alto livello che potremmo definire "incondizionata" per distinguerla da un'idoneità "condizionata" (o "parziale", come viene definita in medicina del lavoro³), ossia subordinata a talune limitazioni o controindicazioni che rendono possibili solo attività meno complesse e

2 L'adeguamento dell'attività alle capacità individuali è prioritario per l'inserimento dei diversamente abili nel modo del lavoro, previsto e regolato dalla Legge 12 marzo 1999, n 68.

3 Vedi art. 41 del d.lgs. 81/2008



comunque compatibili con il livello di efficienza psico-fisica. In ogni caso l'idoneità non è mai da ritenersi una condizione stabile e perenne da accertarsi una tantum ma, al contrario, presuppone una verifica periodica, tanto più frequente quanto maggiore può essere la probabilità di perdita della stessa.

La perdita dell'idoneità, ossia l'inidoneità, può essere, a sua volta:

- *“assoluta” quando determina l'esclusione totale da qualsiasi proficua attività;*
- *“parziale” quando preclude l'accesso a determinate attività (in un certo senso coincide con l'idoneità relativa).*

A prescindere dalla sua “entità” (assoluta o parziale), l'inidoneità può essere:

- *“permanente” se viene ritenuta stabilizzata e non modificabile in prospettiva temporale e quindi non soggetta a riva-*

lutazione (a differenza dell'idoneità che, come già detto, è soggetta a rivalutazioni sistematiche od episodiche);

- *“temporanea” se, al contrario, ci si può attendere una sua positiva risoluzione.*

Se diamo uno sguardo sommario alle normative che prescrivono i requisiti visivi per alcune attività di più frequente riscontro (per es. idoneità al servizio militare⁴, idoneità alla guida degli

4 a. Elenco delle “Imperfezioni e infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare” riportato all'Art. 582 del Decreto del Presidente della Repubblica del 15 marzo 2010 n. 90 (Testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare)
 b. Direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare e direttiva tecnica riguardante i criteri per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare, approvate con Decreto del Ministero della Difesa del 4 giugno 2014.

autoveicoli⁵, idoneità alla patente nautica⁶, idoneità al porto d'armi⁷) rileviamo, senza entrare nel merito, che esse sono spesso alquanto articolate, complesse e non prive di incertezze e criticità interpretative ed applicative.

L'oculista, a parte i casi in cui ricopra specifici ruoli (per es. medico Ferrovie dello Stato, delle Forze Armate, del Ministero della Sanità, della Polizia di Stato, del Corpo Nazionale Vigili del fuoco, del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, etc.) in cui può agire come medico "certificatore" monocratico (in grado di poter accertare e sottoscrivere "in toto" l'idoneità ad una delle suddette attività), in genere può doversi cimentare con tali normative o quale membro di una Commissione (medica locale), oppure come "consulente" specialistico (di una Commissione o di un medico monocratico). In ogni caso, per non incorrere in inadempienze, omissioni, o irregolarità, è opportuno tener presente alcuni punti fondamentali.

Un giudizio di idoneità comporta sempre gravose responsabilità in quanto sottende quasi sempre implicazioni giuridiche o amministrative. Non è secondario tener presente che quando

5 a. Articolo 119 del Codice della strada

b. Decreto legislativo 18/4/2011 n. 59 (G.U. 30/04/2011 n. 99), art 23, Allegato III.

c. Circolare del Ministero della Salute del 25/07/2011 - Prot. n. 0017798 - Requisiti idoneità guida - Allegato A: "indicazioni operative per la valutazione del possesso delle funzioni visive..."

6 Ministero delle infrastrutture e dei trasporti - Decreto 2 agosto 2016, n. 182

7 Decreto 28 aprile 1998 del Ministero della sanità "Requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia e al porto d'armi per uso difesa personale"

la fruizione di un diritto è subordinato al possesso di una specifica idoneità (guida di autoveicoli o natanti, pratica sportiva agonistica, porto d'armi, etc.), o, viceversa, all'esistenza di un deficit psico-fisico (risarcimenti ed indennità, sgravi/esenzioni lavorativi, benefici previdenziali ed assistenziali, etc.), è da attendersi un potenziale rischio, rispettivamente, di dissimulazione o simulazione/esagerazione di danni fisici o malattie da parte del soggetto sottoposto ad accertamento.

Anche nella valutazione di pochi e semplici requisiti in soggetti presumibilmente "sani" si richiede sempre adeguata attenzione, competenza tecnica e conoscenza delle norme e dei regolamenti (soprattutto degli specifici requisiti da accertare), tanto più se i parametri da valutare sono numerosi e complessi.

È perentorio che tutti gli esami specificamente previsti vengano svolti, secondo le modalità prescritte, con la necessaria dovuta completezza ed accuratezza (a prescindere da una presumibile "negatività" degli stessi).

Si impone l'obbligo per chiunque debba accertare e certificare un'idoneità visiva di richiedere un approfondimento diagnostico o un consulto di un diverso specialista in presenza di qualsiasi alterazione oculare, dichiarata o solo sospettata, di cui non si riesca a precisare natura ed entità. Lo specialista coinvolto dovrà essere a conoscenza delle finalità per le quali viene richiesta la sua consulenza.

Nella refertazione degli accertamenti eseguiti per la verifica dell'idoneità è sempre opportuno riportare nel dettaglio tutti i dati clinico-diagnostici emersi (normali o meno) e i risultati degli esami eseguiti con le relative tecniche impiegate.



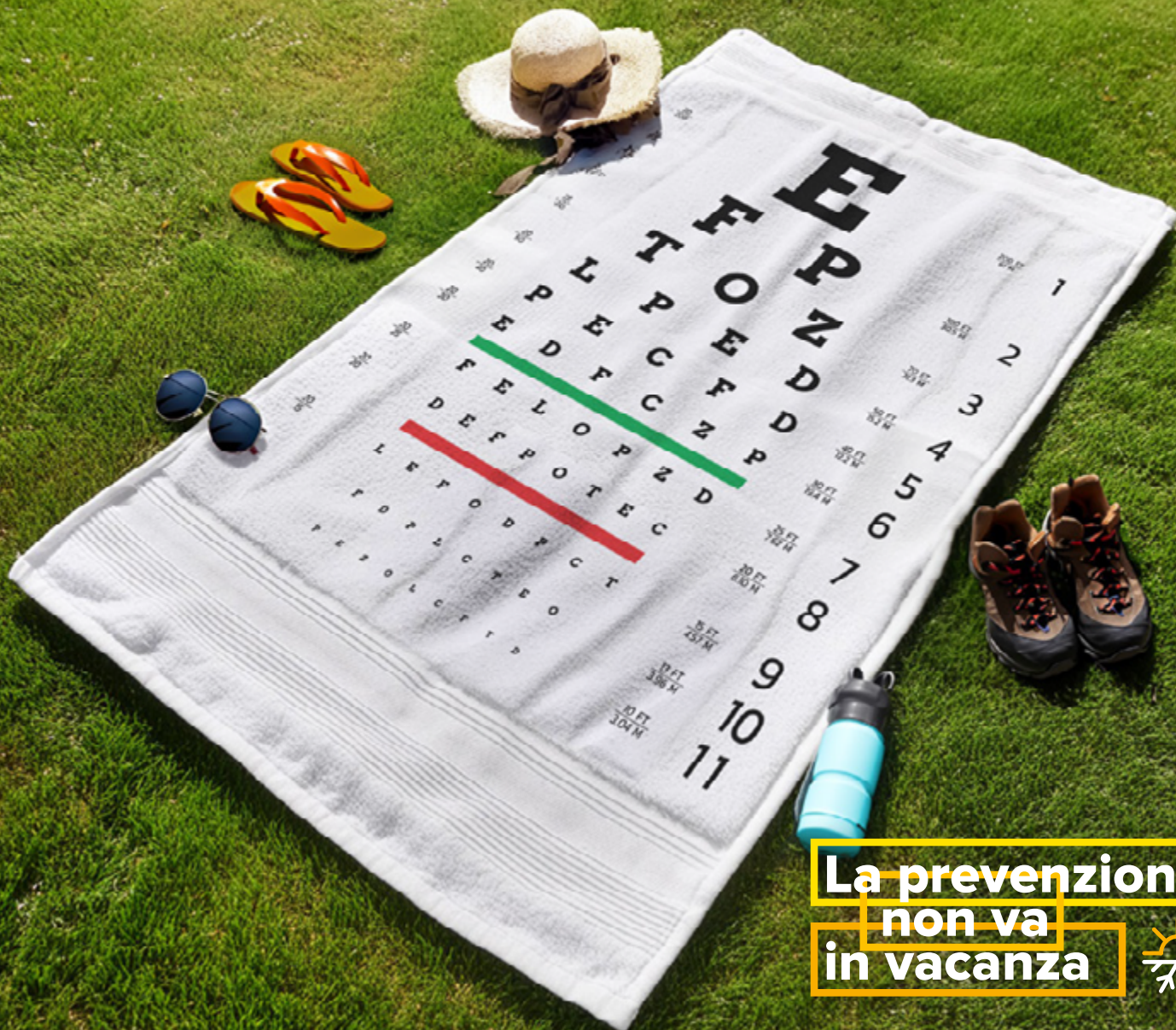
La prevenzione è in viaggio verso di te.



IAPB ITALIA
VISTA IN SALUTE
REPORT 2019-22

Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità
IAPB Italia onlus

PORTA LA PREVENZIONE IN VACANZA CON TE.



La prevenzione
non va
in vacanza 



Campagna promossa dall'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità - IAPB Italia onlus

**D'ESTATE, PROTEGGERE GLI OCCHI
DA SOLE, SABBIA E DISIDRATAZIONE
TI PROTEGGE DA RISCHI MOLTO PIÙ GRANDI.**



Inquadra il QR CODE
e leggi i consigli degli esperti
su come proteggere i tuoi occhi
dagli effetti dannosi del sole.

Numero Verde
800-06 85 06

CONSULTAZIONE OCULISTICA GRATUITA
ATTIVA DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ
DALLE 10.00 ALLE 13.00

scopri di più su laprevenzionenonvainvacanza.it