

3 2025
LUGLIO-SETTEMBRE



OFTALMOLOGIA SOCIALE

RICOMINCIARE IN PACE
CON LA PROPRIA MALATTIA

NORME E DIRITTI
FACCIAMO CHIarezza

CI VEDIAMO ALLO ZEN.
GLI INTERVENTI TERRITORIALI



VISTA INCREDIBILE



VISTA MOZZAFIATO



VISTA PAZZESCA



VISTA INDIMENTICABILE

VISTA DA CONTROLLARE

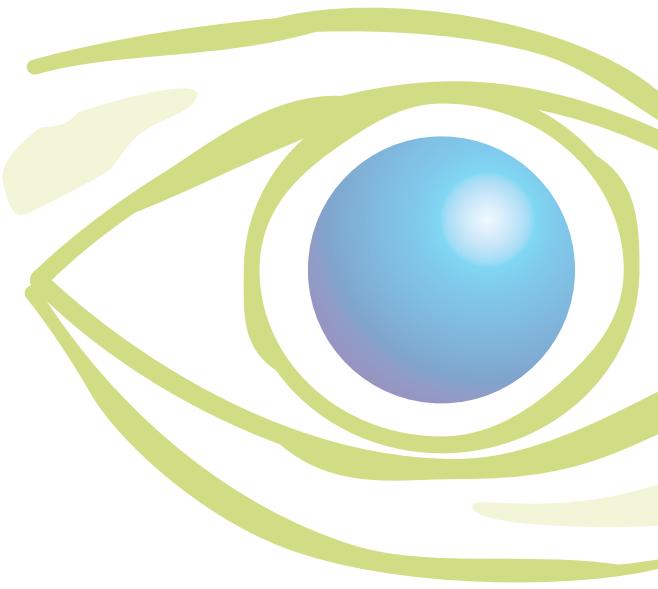
TIENI D'OCCHIO I TUOI OCCHI

**9 OTTOBRE 2025
GIORNATA MONDIALE
DELLA VISTA**

**sotto l'Alto Patronato
del Presidente della Repubblica**



Promossa da
Fondazione
Sezione italiana
dell'Agenzia
internazionale
per la prevenzione
della cecità

**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

Fondazione Sezione Italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - IAPB Italia ETS

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:

Fondazione Sezione Italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - IAPB Italia ETS.

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 Fondazione Sezione Italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - IAPB Italia ETS

S O M M A R I O

L'EDITORIALE

- 7 LA VIA ITALIANA ALLA PREVENZIONE VISIVA:
I VERTICI DELLA SANITÀ ITALIANA
A CONFRONTO**
A cura di IAPB Italia ETS

SOSTEGNO PSICOLOGICO

- 8 CONOSCERE E ABBRACCiare LE PROPRIE
EMOZIONI AL FINE DI TROVARE
UN NUOVO EQUILIBRIO: IL RUOLO DELLO
PSICOLOGO NEL RECUPERO FUNZIONALE**

A cura di IAPB Italia ETS

IL VIAGGIO

- 10 LA PRIMA VOLTA:
UN VIAGGIO, UNA RINASCITA,
UNA POSSIBILITÀ**

A cura di IAPB Italia ETS

IL ROMANZO

- 13 "FALCO": LA VITA IN EQUILIBRIO
TRA BUIO E LUCE**

A cura di IAPB Italia ETS

17



- ASTROEYE: UN VIAGGIO
NELLO SPAZIO PER IMPARARE
A PRENDERSI CURA
DELLA VISTA**

A cura di IAPB Italia ETS

19



- IL VERDE CHE PROTEGGE:
COME GLI SPAZI NATURALI
DIFENDONO LA SALUTE
DEGLI OCCHI**

A cura di IAPB Italia ETS



- CI VEDIAMO ALLO ZEN:
QUANDO LA SANITÀ RAGGIUNGE
I CUORI DIMENTICATI
DELLE METROPOLI**

A cura di IAPB Italia ETS



- ADERENZA TERAPEUTICA
NEL GLAUCOMA: UN PILASTRO
PER PRESERVARE LA VISTA**

Prof. Dott. Demetrio Spinelli



- DISABILITÀ VISIVA,
DIRITTI E AGEVOLAZIONI:
FACCIAMO CHIarezza**

Franco Lepore



- CLINICA OCULISTICA DI UDINE:
PRIMA TERAPIA GENICA
CONTRO LA MACULOPATIA**

A cura di IAPB Italia ETS



- FINALMENTE IL CONSIGLIO
DEI MINISTRI SI È ESPRESSO
FAVOREVOLMENTE SULLO
"SCUDO PENALE" PER TUTTO
IL PERSONALE SANITARIO**

Renato Mantovani



- LA PREVENZIONE IN MEDICINA:
NOTE SU ALCUNI CONCETTI
BASILARI AD USO DEGLI
OFTALMOLOGI.
SECONDA PARTE**

Federico Marmo, Filippo Cruciani

O

**OFTALMOLOGIA SOCIALE
RIVISTA DI SANITÀ PUBBLICA**

Rivista di Sanità Pubblica Anno XLIX - n. 3 - 2025

Grafica: GStrategy Srls Roma

Stampa: WORK'S srl Roma

Chiuso in redazione il 30 ottobre 2025

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**



RICORDARE IN PIÙ CON LA PROPOSTA DI CULTURA

NORMA DI
RAGIONAMENTO

CI VEDIAMO ALLO ZEN
GUARDARE NELL'INTERIORE

TA
PB

EDIT
ORI
ALE

LA VIA ITALIANA ALLA PREVENZIONE VISIVA: I VERTICI DELLA SANITÀ ITALIANA A CONFRONTO

I difetti visivi sono, numericamente, il più grande problema sanitario al mondo: ne soffrono, secondo l'OMS, più di 2mld di persone mentre quello di cataratta rimane l'intervento chirurgico in assoluto più praticato.

Ma la vista non è **tema centrale di politica sanitaria** solo per i numeri. L'impatto delle malattie visive è altrettanto significativo. Dalla crescita vertiginosa della **mioopia** dipendono il rendimento scolastico e gli stili di vita delle nuove generazioni nonché il rendimento professionale da adulti e la libertà di scegliere la propria carriera. Dalla crescita delle malattie che causano ipovisione e cecità dipendono l'autonomia, il benessere e l'autosufficienza di una popolazione sempre più anziana. **Per tutte le fasce di età** i costi sociali e personali delle malattie visive sono alti. Molto più contenuti, sono, invece, i costi della prevenzione che potrebbe prevenirne la maggior parte.

Il nostro Paese ha una tra le tradizioni di Oftalmologia migliori al mondo. Ma il nostro Servizio Sanitario, istituito nel 1978, non ha pienamente recepito i progressi clinici e tecnologici che hanno aperto interi nuovi orizzonti **per la prevenzione e per la riabilitazione visiva**, rimanendo concentrato pressoché esclusivamente nella cura delle malattie.

Questa apparente carenza può essere vista come un'opportunità ancora tutta da cogliere per l'intero sistema Paese. La cura delle acuzie e l'assistenza all'in-

validità in seguito ad ipovisione o cecità richiedono, infatti, **un impiego intensivo delle risorse**. Liberare il potenziale ancora in gran parte inespresso della prevenzione e della riabilitazione non è una spesa ma **un investimento** che moltiplica le energie del Servizio sanitario per rispondere alla crescente domanda di salute legata all'invecchiamento.

L'oculistica è ben posizionata per cogliere questa innovazione: è la disciplina medica nella quale l'investimento in prevenzione ha il miglior rapporto costo-beneficio. La maggior parte sia dei difetti visivi che delle malattie che causano cecità possono essere corretti, curati o arginati se diagnosticati in tempo.

Cosa serve, quindi, per creare una via italiana alla prevenzione visiva?

Per rispondere a questa domanda, il confronto organizzato presso il Ministero della Salute il 2 ottobre 2025 riunisce i vertici della sanità italiana per comprendere in che modo è possibile tutelare la salute pubblica visiva, attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi basati su prevenzione e riabilitazione visiva, rispettivamente a monte e a valle dei percorsi di cura, capaci **di controbilanciare la progressiva diminuzione delle risorse finanziarie disponibili**. L'evento si terrà quando questo numero di Oftalmologia Sociale sarà già in stampa e verrà trattato estensivamente nel prossimo.

A cura di IAPB Italia ETS

CONOSCERE E ABBRACCIARE LE PROPRIE EMOZIONI AL FINE DI TROVARE UN NUOVO EQUILIBRIO: IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEL RECUPERO FUNZIONALE

Il Polo Nazionale per la Riabilitazione Visiva di Fondazione IAPB Italia ETS mette la persona al centro, unendo sostegno psicologico e interventi mirati per restituire autonomia e qualità di vita a chi vive con ipovisione

«**D**olore, rabbia, ansia, depressione e speranza: sono le reazioni più comuni alla perdita della vista e si manifestano assieme o in stretta successione. Il sostegno psicologico è essenziale per comprendere e districare queste emozioni, che rischiano di impattare significativamente sulla qualità della vita, nonché di inficiare i livelli di motivazione necessari per un adeguato percorso riabilitativo» spiega **Stefania Fortini, Vicedirettrice, Psicologa-Psicoterapeuta.** La salute, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, non consiste solo nell'assenza di malattia, ma in uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale. Questo concetto implica un'unità inscindibile tra corpo e mente, un principio che diventa fondamentale di fronte alla malattia e che richiede, in ambito sanitario, un approccio globale alla persona.

La stretta connessione tra stato fisico ed equilibrio psicologico richiede un approccio clinico specifico: non esiste sofferenza del corpo senza coinvolgimento della psiche

In Italia oltre 3,5 milioni di persone convivono o sono a rischio di patologie che possono causare ipovisione o cecità, come glaucoma, retinopatia diabetica o degenerazione maculare legata all'età. Il Polo Nazionale, attraverso un'équipe multidisciplinare, osserva il funzionamento globale del soggetto. La copresenza e lo scambio di informazioni fra diverse figure professionali - fra cui lo psicologo, l'ortottista e l'oculista - permettono di prendersi cura del soggetto in carico, senza trascurare elementi fondamentali alla **comprensione della patologia e della sua sofferenza.** Restituire autonomia e qualità di vita a chi è colpito da queste condizioni significa avviare un percorso che comprende anche un sostegno psicologico, volto al confronto emotivo e al contenimento. Inoltre, durante il percorso riabilitativo, il soggetto ipovedente

ha la possibilità di attivare nuove risorse per migliorare la propria percezione di benessere. È questo il cuore della missione del servizio di psicologia del Polo Nazionale di Ipvisione.

Come funziona il modello biopsicosociale del Polo?

La stretta connessione tra stato fisico ed equilibrio psicologico richiede un approccio clinico specifico: **non esiste sofferenza del corpo senza coinvolgimento della psiche**. Il percorso di riabilitazione inizia con un colloquio psicologico, che si occupa dell'accoglienza e della comprensione di come la patologia influenzi la vita psicologica dell'utente. Prosegue con la visita oculistica ed ortottica per la valutazione delle funzioni visive. Durante la riabilitazione, in molti casi, lo psicologo affianca il soggetto e, attraverso il suo supporto, gli permette di diminuire le resistenze nei confronti del programma riabilitativo offerto e delle nuove strategie proposte. Infine, in questi momenti, lo psicologo interviene facilitando la comunicazione tra individuo e riabilitatori, e contribuendo alla comprensione della migliore modalità di approccio all'utente.

Perché è importante offrire questo spazio?

La comprensione delle proprie emozioni e dei propri comportamenti è essenziale nel processo di cura. Chi perde una funzione così centrale come la vista deve riscoprire la propria identità, affrontando emozioni intense quali ansia, tristezza, frustrazione, negazione e depressione, che possono condurre l'individuo a sviluppare un disturbo dell'adattamento. Il sostegno psicologico aiuta a riconoscere e gestire queste emozioni, permettendo di attivare la richiesta di aiuto e scegliere consapevolmente ausili e strategie utili per la vita quotidiana. Inoltre, lo psicologo valuta i prerequisiti emotivi, cognitivi e motivazionali necessari per iniziare la riabi-

tazione e offre **supporto individuale e familiare**, concordando modalità e frequenza degli incontri e fornendo informazioni utili all'équipe per favorire un rapporto empatico e costruttivo con l'individuo.

Qual è il ruolo delle emozioni e delle relazioni nel percorso di cura?

Ogni persona affronta la malattia in modo diverso, in base alla propria storia di vita, alla personalità e alle risorse interiori. Essendo patologie croniche e degenerative, aiutiamo la persona a "educarsi" a **essere compassio-nevole verso i propri limiti** e nei confronti delle proprie emozioni, al fine di autorizzarsi, accogliersi e riorganizzarsi nel momento di un possibile peggioramento, facendo leva sulle risorse interiori. Accogliere il dolore, la rabbia e la paura in un contesto protetto permette al soggetto di far fluire le emozioni, evitando la loro cronizzazione. Lo psicologo accompagna la persona, sia in incontri individuali, sia attraverso la terapia di gruppo, che rappresenta un'importante occasione di confronto e sostegno reciproco. Questi gruppi consentono anche di intercettare ansia o depressione in forma subclinica, che, se non riconosciute a tempo debito, possono compromettere il percorso riabilitativo. Il timore di essere giudicati, la difficoltà ad accettare ausili visibili come il bastone bianco e il rischio di isolamento sociale, sono tra i temi maggiormente riscontrati nella nostra pratica clinica. L'intervento psicologico aiuta a superare queste barriere, favorendo una nuova prospettiva, volta al benessere psicologico attraverso il recupero dell'autonomia e di una nuova integrazione nella vita quotidiana. Accoglienza, ascolto empatico, fiducia, sostegno psicologico e partecipazione alla terapia di gruppo diventano così nuovi strumenti fondamentali per accompagnare le persone verso l'integrazione del proprio sé.

A cura di IAPB Italia ETS

LA PRIMA VOLTA: UN VIAGGIO, UNA RINASCITA, UNA POSSIBILITÀ

Con la sindrome di Stargardt e uno smartphone nello zaino, Sabrina Antilli attraversa il Brasile alla ricerca di sé stessa, tra paure, scoperte, danze ancestrali e coraggio. Il suo documentario è un inno alla vita e alla resilienza

Quando Sabrina Antilli ha scoperto di avere la **sindrome di Stargardt**, patologia genetica che compromette progressivamente la vista centrale, la sua vita sembrava destinata a fermarsi. Scoprire di avere una **malattia degenerativa, incurabile e destinata a progredire**, paradossalmente è come se fermasse il tempo: il resto scorre come sempre, ma dentro qualcosa cambia incontrovertibilmente. La diagnosi però è solo uno degli step: non il primo, ma nemmeno l'ultimo.

Sabrina fino al momento di scoprire la propria malattia guidava, lavorava come agente immobiliare, si muoveva in autonomia. Fino a quando – a causa di una **progressiva perdita della vista** – tutto ha cominciato a cambiare. «Mi cadevano le monetine e non le trovavo a terra», racconta. «Un giorno sono andata al Gemelli per un controllo. Mi hanno detto: ‘Lei ha una malattia degenerativa’. E io, semplicemente, non ci ho creduto».

Per anni ha negato quella diagnosi. Poi qualcosa è cambiato. Un **gruppo di auto-aiuto** promosso da IAPB Italia ETS e Polo Nazionale Ipo visione e Riabilitazione Visiva le ha offerto un primo appiglio. Lì incontra storie simili alla sua; alcune la spaventano – come quella di una donna che non esce più di casa se non accompagnata. Altre,

«Mi svegliavo la notte in preda all'ansia. Poi pensavo a chi, come me, si è lasciato spegnere. E allora mi sono detta: voglio vivere la mia vita e realizzare i miei sogni»

invece, la ispirano profondamente. Come quella di Mario, un uomo ipovedente che ha riorganizzato la sua vita con **determinazione, strumenti e coraggio**. «Lui mi ha dato un esempio di vita possibile» – racconta Sabrina –, mi sono detta: se ce l'ha fatta lui, posso provarci anch'io. Ho capito che anche con la mia malattia si poteva costruire una vita piena».

La svolta arriva in modo inaspettato, durante un **laboratorio di danze afroindigene**. Sabrina, che non ha mai studiato quei movimenti, scopre di saperli riprodurre istintivamente. «Era come se il mio corpo li conoscesse già», dice. La danzatrice che guidava il workshop, Cassia Santos, le racconta di vivere in Brasile, dove conduce ritiri terapeutici legati alla **connessione con la Madre Terra**. Sabrina, senza soldi né certezze, le risponde: «Io verrò da te». E lo fa.

Quella consapevolezza l'ha portata, un anno fa, a fare una scelta coraggiosa: **partire per il Brasile**.

Così è nato *La Prima Volta*, un **reportage-documentario** che racconta un viaggio dentro e fuori di sé. Il titolo racchiude il senso del viaggio di Sabrina, trasformatosi poi nell'opera autoprodotta in collaborazione con **Francesco Cardoni** per la regia e **Monia Carlone Pescatori** per la postproduzione: **54 giorni**



da sola, con il cellulare come videocamera e la propria vulnerabilità.

«Non ero mai uscita dall'Europa da sola, e con la mia disabilità era un rischio. Tutti mi dicevano che era pericoloso. Ma ho deciso di fidarmi. Delle mie sensazioni, del mio corpo, della vita».

Sabrina ha attraversato **Rio, Salvador, la foresta di Chapada Diamantina**. Ha vissuto nella natura, affrontato **lingue sconosciute, serpenti, blackout tecnologici**.

«Pensavo che la mia disabilità sarebbe stata il problema maggiore, invece è stato altro: la mancanza di internet, la lingua, l'imprevedibilità. Ho dovuto imparare ad affidarmi al sentire».

Non è stato un percorso facile. «Mi svegliavo la notte in preda all'ansia. Chi me lo fa fare? Ma poi pensavo a chi, come me, si è lasciato spegnere. A chi è rimasto chiuso

in casa. E allora mi sono detta: voglio vivere la mia vita e realizzare i miei sogni».

Nel documentario le immagini alternano momenti di **bellezza selvaggia** a scene più intime e vulnerabili. Sabrina cammina tra le foglie secche, tocca le pietre, parla alla telecamera mentre racconta le sue emozioni. «Nella foresta c'erano **serpenti, tarantole, assenza totale di confort**. Dovevo ricordarmi ogni giorno scarpe, acqua, cappello. E affrontare l'idea reale della morte».

Un pericolo non solo simbolico: «Se un cobra ti morde, hai due ore di tempo. Ma l'ospedale più vicino dista due ore. E quasi nessuno ha l'auto».

Eppure, paradossalmente, è proprio in questo contatto diretto con la **precarietà** che Sabrina ritrova la forza. «In Brasile la gente sa che può morire ogni volta che esce di casa. Ma proprio per questo vive. Noi in Italia lo sap-

piamo, ma lo edulcoriamo. Lì, invece, lo senti addosso. E ogni respiro diventa sacro».

Oggi Sabrina racconta la sua esperienza con emozione e forza. Il teaser del documentario – proiettato per la prima volta domenica 27 luglio – ha lasciato il pubblico **incantato**. Perché il messaggio arriva chiaro: non bisogna rinunciare ai propri sogni, anche quando la malattia sembra stravolgere tutto.

La Prima Volta non è un diario di viaggio. È un **atto di resistenza esistenziale**, una dichiarazione di autonomia, un **manifesto emotivo** di chi sceglie di non farsi definire da una diagnosi. «Non ho mai voluto rinunciare alla vita nella sua pienezza – dice Sabrina –. E se la mia storia può essere d'aiuto a qualcuno, allora aveva senso partire. Anche se avevo paura».



«Il Brasile mi ha insegnato che si può vivere davvero solo se si accetta che si può anche morire – continua –. Loro danzano, cantano, perché ogni giorno è un dono. Noi, invece, viviamo spesso nell'illusione che ci sia sempre tempo. Ma il tempo è ora. E se respiri, se senti il tuo corpo, sei vivo. E allora puoi ricominciare».

Il documentario completo sarà pronto in autunno. Nel frattempo, è in preparazione una raccolta fondi per sostenere un nuovo progetto: *Incanto*, un viaggio corale tra storie di persone che, con ciò che hanno, hanno trasformato la loro esistenza in un capolavoro. «**Incanto significa essere nel proprio canto**. E quando sei nel tuo canto, incanti anche gli altri. Non perché sei perfetto, ma perché sei autentico».

A cura di IAPB Italia ETS

“FALCO”: LA VITA IN EQUILIBRIO TRA BUIO E LUCE

Storia di un autore che ha imparato a guardare il mondo oltre la vista

Ci sono storie che non nascono per essere raccontate. Stanno ferme, a lungo, come un nodo tra gola e stomaco. Poi, un giorno, trovano la forma giusta per uscire. *Falco – Breve diario di un equilibrista* è una di queste. La storia vera di un bambino che perde la vista a cinque anni e impara a convivere, da allora, con un modo diverso di percepire il mondo. Ma è anche – e soprattutto – il racconto di un uomo che sceglie di restituire quel vissuto con ironia, consapevolezza e una forza narrativa che non chiede compassione.

Innanzitutto, perché ha deciso di riaggiornare il suo diario *Diario di un equilibrista* e quali modifiche ha apportato?

Ho deciso di riaggiornare il diario per fornire **particolari più completi e mettere in risalto dettagli** che non erano stati inseriti nella prima stesura. Più che un semplice aggiornamento, l'obiettivo era anche fornire un **contesto storico più ampio**, poiché certe situazioni o atteggiamenti dell'epoca potrebbero non essere comprensibili oggi.

Potrebbe farci qualche esempio di questi contesti o dettagli aggiunti?

Sì, per esempio, il diario riflette la società degli anni Sessanta, quando ero bambino, un'epoca con un modo di comunicare molto diverso da adesso. Le **tipologie di famiglie** erano diverse: le donne erano spesso casalin-

“Avevo perso la vista
e la cosa che più mi
dispiaceva era non poter
guardare mia madre
quando mi sorrideva”

ghe, a differenza di oggi. Anche il modo di analizzare la malattia era più superficiale, a causa di una minore sensibilità e della mancanza di strumenti adeguati. La comunicazione avveniva nel cortile, a scuola o per telefono, molto diverso da oggi.

Nell'ultima stesura, il protagonista si chiama “Falco”. Come mai questa scelta?

Ho voluto rendere il racconto meno personale, creando un **alter ego**. Il nome “Falco” è stato scelto per evocare curiosità e dare un'impronta legata alla vista, dato che il falco è un uccello associato a una vista potente. Inoltre, questo nome era quello di un capo indiano la cui storia mi è molto piaciuta.



Parlando della malattia, come l'ha vissuta e come ha scelto di raccontarla nel diario?

Ho vissuto la malattia in modo diverso a seconda dell'età. Quando è insorta, a circa cinque anni, l'ho vissuta con l'attesa di guarire, senza l'angoscia o le proiezioni future tipiche di un adulto. Poi, da un momento di cecità totale, ho riacquistato parzialmente la vista, arrivando ad avere un campo visivo però limitato al due per cento. Sebbene questo due per cento comporti evidenti limitazioni, tanto che risulta essere cieco assoluto, dal punto di vista pratico mi ha però consentito di avere un minimo di autonomia.

Come ha affrontato queste limitazioni nel corso della vita e come si è adattato?

Ho descritto in modo più dettagliato il **processo di adattamento** nel tempo alla malattia e di consapevolezza dei limiti che mi avrebbe imposto. Da bambino, certe cose ti limitano fino a un certo punto, ma da adul-

to i limiti diventano più evidenti e più difficili da affrontare. Ad esempio, non potevo giocare a calcetto di notte con gli amici o andare a prendere con la macchina un amico o una ragazza, perché, anche se per evidente carenza di controlli ero riuscito in qualche modo a prendere la patente, guidare era comunque un azzardo, soprattutto di notte quando praticamente non vedeva nulla. Poi, dopo aver urtato tante volte ostacoli che non vedeva, ho iniziato a cambiare postura e modo di camminare, con i muscoli in tensione per non farmi male. Il mio carattere, da impulsivo, è diventato riflesivo. Ho imparato ad affrontare le cose conoscendo i miei limiti e **sviluppando altre possibilità di percezione**, utilizzando altri sensi.

Nel suo racconto, fa spesso riferimento all'uso di sensi alternativi. Potrebbe spiegarci meglio questo aspetto?

Ad esempio, se mi cade qualcosa a terra, diventa molto



faticoso trovarla. Per prima cosa uso l'**uditore** per orientarmi e individuare la zona dove l'oggetto è caduto; quindi, più avanti e a destra se il rumore veniva da lì. Poi uso il **tatto**, muovendo piano piano i piedi intorno alla zona dove ho sentito il rumore. Se non ho urtato con i piedi l'oggetto, avendo solo un campo visivo del due per cento "scannerizzo" la zona, esaminando ogni mattonella del pavimento fino a quando non trovo l'oggetto. Questo processo può provare ansia, specialmente quando è buio e quando non conosco ancora gli ambienti dove vado. Per questo motivo faccio fatica a usare un ascensore che non conosco, perché per me è un problema trovare subito la tastiera. Quando poi, per lavoro, dovevo raggiungere luoghi sconosciuti, cercavo di arrivare prima per abituarmi all'ambiente, per poi **scannerizzarlo** come potevo, in modo da memorizzare dove si trovavano ostacoli, tavoli, sedie, ecc.

Ha riscontrato forme di discriminazione nel corso della sua vita, specialmente nel mondo del lavoro?

Purtroppo, le forme di discriminazione sono spesso **automatiche e inconsapevoli**. Mi sono accorto che parlare del mio handicap non mi aiutava né nella socializzazione né nel lavoro. Ai miei tempi, per una persona con disabilità visiva, l'unica opportunità lavorativa era spesso fare il centralinista. Nonostante



fossi brillante, ho avuto difficoltà a trovare un lavoro dove potevo gestire il mio handicap senza pagarne lo scotto, anche se poi, per forza di cose, ho dovuto pagare una persona che mi accompagnasse in giro, in quanto alla fine, anche a causa degli studi che ho fatto, il mio lavoro era dinamico e richiedeva l'uso dell'auto. In tal senso, la scelta degli studi, influenzata da mio padre, non si è rivelata la più adatta ai miei limiti.

Nel diario c'è una parte intitolata *Le ombre*, dove lei critica duramente le carenze urbanistiche che penalizzano le persone con disabilità. C'è stato un episodio scatenante o è stata una somma di esperienze?

Più che dura la definirei **assertiva**. È qualcosa che ho constatato direttamente, ma chi non ha un handicap spesso non percepisce. Non è uguale dappertutto: viaggiando mi sono reso conto che in alcuni Paesi c'è maggiore sensibilità. A Roma, c'è una forte indisciplina. Le strutture spesso non sono adatte ai disabili: condomini pieni di barriere architettoniche, farmacie con gradini, porte da spingere, corridoi inaccessibili e ascensori troppo piccoli per una sedia a rotelle. Anche se con il tempo c'è maggiore attenzione nel rendere la città senza barriere, la situazione è ancora grave e chi ha un handicap non si sente in grado di muoversi liberamente.

In relazione a questo, come vede il cambiamento della cultura sociale riguardo alla disabilità?

Trovo che ci sia ancora molta strada da fare. Banalmente, parcheggiare una bicicletta o un monopattino sul marciapiede può bloccare il passaggio di una persona in carrozzina. Le persone dovrebbero provare a muoversi per un giorno con una sedia a rotelle o bendate per rendersi conto delle difficoltà. Spesso, la sensibilità aumenta solo quando le cose ci toccano direttamente.

Nonostante oggi vi siano anche le giornate dedicate ai disabili, queste spesso rimangono ferme a buoni propositi, a cui non seguono pratiche concrete e radicate nella quotidianità. E quando questo accade, è importante darvi il risalto che meritano.

Qual è lo scopo principale della pubblicazione del suo diario? È stata forse un'esperienza terapeutica?

Più che terapeutico, per me è stato **doloroso** e a tratti uno **sfogo**. Il vero scopo è **aprire a una maggiore consapevolezza** e fornire un messaggio costruttivo. Spero che il diario possa essere **utile soprattutto ai genitori** di figli con disabilità, aiutandoli a guidare i propri figli nelle scelte, a farli diventare consapevoli dei propri limiti e a trovare una strada giusta, interiorizzando la forza necessaria per integrarsi meglio nella società.

È importante condividere le proprie fragilità e vulnerabilità, cosa insolita nella società odierna dove sui social media si mostra solo il positivo.

Il diario offre anche uno spaccato interessante del periodo in cui è cresciuto. Potrebbe descriverci brevemente quell'epoca?

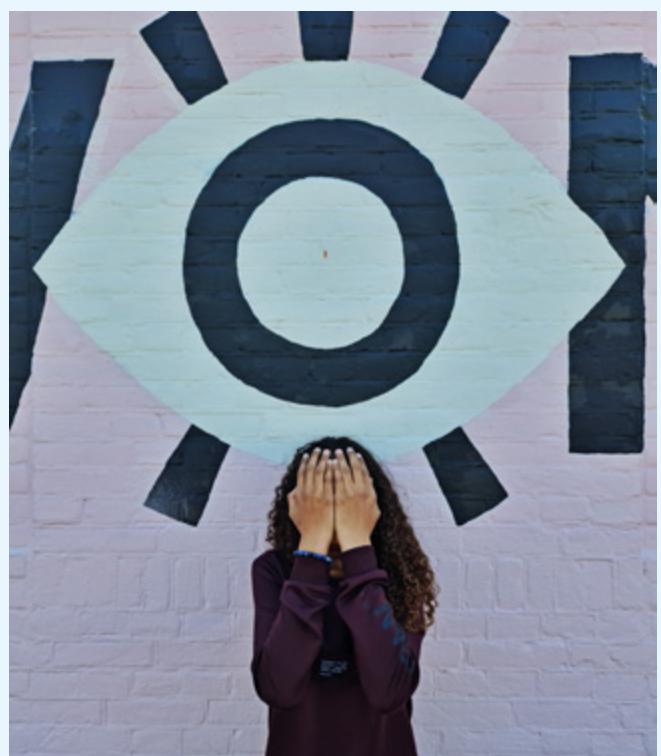
Sono cresciuto negli anni Sessanta e Settanta, un'epoca molto diversa. C'erano i telefoni a gettoni, la televisione in bianco e nero con il telegiornale solo due volte al giorno, e le notizie dal mondo arrivavano con molto ritardo. Non c'erano computer o telefonini invasivi. Incontravi ancora mutilati di guerra e c'erano

lavori che oggi sono scomparsi, come la perforatrice di schede, lo stenografo o il dattilografo.

Era un'epoca **effervescente** di cambiamento ma anche una società che è diventata **dura** durante gli anni di piombo.

Lei intitola il suo diario *Diario di un equilibrista*. Si sente ancora un equilibrista oggi? E cosa significa per lei questa metafora?

Credo che tutti siamo equilibristi nella vita, ma io mi sento "un po' più degli altri". Essere un equilibrista deriva dall'**esercizio**, dalla **dedizione** e, in parte, dall'**ossessione**. Per me diventare un equilibrista è stato necessario per andare avanti, per la sopravvivenza, un modo per affrontare le difficoltà e la burocrazia, un modo per superare da solo quegli ostacoli che per molti non lo sono. L'immagine dell'equilibrista che cammina su un filo serve a suggerire al lettore che anche lui potrebbe esserlo senza rendersene conto.



A cura di IAPB Italia ETS

ASTROEYE: UN VIAGGIO NELLO SPAZIO PER IMPARARE A PRENDERSI CURA DELLA VISTA

Un progetto di educazione sanitaria che porta nelle scuole la consapevolezza dell'importanza della vista e di come preservarla fin da piccoli

«L'**educazione alla salute** – racconta Tiziano Melchiorre, Segretario Generale IAPB Italia – è un campo vastissimo e fondamentale, soprattutto in ambito scolastico, perché è lì che si gettano le basi per le buone prassi di vita». Da questa convinzione nasce **AstroEye**, il progetto di educazione sanitaria che insegna ai bambini l'importanza di prendersi cura della vista per tutta la vita.

La salute visiva è un pilastro del benessere: attraverso la vista riceviamo più dell'ottanta per cento delle informazioni sul mondo che ci circonda: «Non possiamo lasciarne la tutela al caso perché la vista è delicata e va preservata fin da piccoli».

IAPB Italia da oltre vent'anni è impegnata in progetti di sensibilizzazione nelle scuole: dai primi anni Duemila con **Vediamoci Chiaro**, che aveva come testimonial Bud Spencer e un fumetto didattico, fino al progetto **Occhio ai bambini**, in cui un simpatico pipistrello insegnava ai più piccoli a non temere la visita oculistica e a vivere con serenità l'uso degli occhiali. «Quell'iniziativa – ricorda Melchiorre – è stata un vero successo: grazie a uno spettacolo itinerante e interattivo abbiamo raggiunto oltre mezzo milione di bambini in tutta Italia».

Oggi, grazie alle tecnologie digitali, il percorso di educazione si è evoluto. **AstroEye** porta tutto questo pa-

Insegnare ai bambini, fin da piccoli, come prendersi cura dei propri occhi è la miglior garanzia per preservare questo bene prezioso lungo tutta la vita

trimonio nel mondo digitale, rendendolo accessibile e modulare: ogni insegnante può adattare i contenuti in base all'età e al livello di maturazione della classe.

Il cuore del progetto è un **cartone animato** che racconta le avventure di due bambini e di simpatici personaggi alieni alle prese con la scoperta della vista. Al termine di ogni episodio i piccoli spettatori sono invitati a rispondere a domande, scaricare un libretto di approfondimento e sperimentare giochi ottici per capire come funziona l'occhio, come il cervello interpreta le immagini e quali illusioni visive possono ingannarlo.

Accanto all'aspetto ludico, **AstroEye** offre anche indicazioni pratiche: la corretta distanza dallo schermo, l'illuminazione della postazione di studio, la postura, i tempi di pausa. «Le nuove generazioni stanno vivendo una vera e propria esplosione di casi di miopia. I dati, provenienti soprattutto dalla Cina, sono particolarmente significativi e confermano come questo fenomeno sia legato all'uso sempre più frequente della vista da vicino e alla ridotta stimolazione della visione da lontano. Con AstroEye vogliamo dare ai ragazzi strumenti semplici per proteggere la loro vista».

Il progetto punta fortemente sull'interazione: ogni contenuto è accompagnato da **quiz e attività ludiche** che



trasformano l'apprendimento in un gioco. «Questa modalità stimola la curiosità dei bambini, rafforza la memorizzazione delle informazioni e rende il percorso formativo coinvolgente e divertente, uno dei veri punti di forza di AstroEye».

Un progetto riconosciuto e raccomandato

AstroEye ha ricevuto il riconoscimento del **Comitato Paritetico tra Ministero dell'Istruzione e del Merito e Ministero della Salute**, che lo indica come progetto suggerito alle scuole primarie per la promozione della salute visiva.

Sul sito dedicato è disponibile un'**area docenti** con i materiali didattici, le schede di approfondimento e le linee guida per utilizzare il percorso in classe, e un'**area per gli alunni**, ricca di giochi e quiz.

«La promozione della salute in ambito scolastico è anche in linea con gli **Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (Sustainable Development Goals, SDG)**. In particolare, l'SDG 4 – *Istruzione di qualità, equa ed inclusiva* – sottolinea l'importanza di garantire a tutti un apprendimento che migliori la vita delle persone e contribuisca allo sviluppo sostenibile. In questo contesto, l'educazione alla salute visiva diventa parte integrante di un percorso formativo che non riguarda solo le nozioni scolastiche, ma anche le buone pratiche per il benessere complessivo».

«Il nostro obiettivo – conclude Melchiorre – è superare la diffidenza che spesso porta a sottovalutare la salute visiva. Insegnare ai bambini, fin da piccoli, come prendersi cura dei propri occhi è la miglior garanzia per preservare questo bene prezioso lungo tutta la vita».

A cura di IAPB Italia ETS

IL VERDE CHE PROTEGGE: COME GLI SPAZI NATURALI DIFENDONO LA SALUTE DEGLI OCCHI

Uno studio cinese mette in luce la relazione fra esposizione agli spazi verdi e prevenzione dell'occhio secco

Vivere in città significa spesso esporsi senza tregua all'**inquinamento atmosferico**, che mette a dura prova la salute degli occhi. Ma non tutto è scritto fin dall'inizio: **natura, verde urbano e infrastrutture verdi** sembrano avere il potere di offrire una protezione concreta. Uno studio recentemente pubblicato da **Weijing Cheng e Hanyou**

Wu del Zhongshan Ophthalmic Center (Guangzhou) getta nuova luce sul legame fra gli **spazi verdi** e la **prevenzione della sindrome dell'occhio secco**.

La sindrome dell'occhio secco è infatti fortemente legata all'**esposizione ambientale**, come evidenziato dai ricercatori nel loro recente studio *Association between long-term green space exposure and dry eye in China (Asia-Pac J Ophthalmol)*. Entrambi operano presso il State Key Laboratory of Ophthalmology, Zhongshan Ophthalmic Center, Sun Yat-sen University, e il Guangdong Provincial Key Laboratory of Ophthalmology and Visual Science, Guangdong Provincial Clinical Research Center for Ocular Diseases di Guangzhou, in Cina.

Numerosi studi della letteratura scientifica hanno dimostrato l'impatto negativo di diversi **fattori am-**

bianziali sulla salute oculare. Tra gli **inquinanti atmosferici** associati alla sindrome dell'occhio secco sono inclusi particolato, diossido di azoto, ozono, diossido di zolfo e monossido di carbonio. Inoltre, **fattori climatici** quali temperatura, umidità ed esposizione alla luce solare giocano un ruolo significativo nello sviluppo della malattia.

Al contrario, è noto che gli **spazi verdi** esercitino diversi benefici sulla salute, contribuendo alla riduzione di **ansia, depressione e disturbi del sonno**, tutti riconosciuti fattori di rischio per l'occhio secco. Studi recenti hanno inoltre evidenziato un'influenza positiva dell'esposizione agli spazi verdi anche sulla salute oculare, come la riduzione della **prevalenza della miopia** e dell'**incidenza della congiuntivite allergica**. Alla luce di queste evidenze, i ricercatori si sono posti l'obiettivo di indagare l'esistenza di un possibile legame tra l'**esposizione agli spazi verdi** e la **prevenzione della sindrome dell'occhio secco**.

Struttura dello studio e correlazioni osservate

Lo studio condotto da Cheng e Wu si è articolato in due fasi distinte.



1. **Prima fase:** confronto fra **450 pazienti** con sindrome dell'occhio secco e **900 soggetti sani**. È emerso che chi gode di una **maggior esposizione agli spazi verdi** – misurata tramite i dati del database **MODIS della NASA**, che quantifica il verde terrestre in tempo reale – corre un rischio significativamente più basso di sviluppare la malattia.
2. **Seconda fase:** analisi su **140 pazienti diabetici**, dove è stato osservato che **l'esposizione prolungata al verde** si associa a un'**area più ampia del menisco lacrimale**, il sottile strato di liquido che riveste la superficie dell'occhio, solitamente ridotto nei soggetti con diabete. In altre parole: **una lubrificazione migliore e una maggiore protezione naturale**.

I risultati hanno mostrato che una **maggior esposizione decennale agli spazi verdi** è correlata a una **ridotta probabilità di sviluppare la sindrome dell'occhio secco** e a un **miglioramento della lubrificazione oculare**.

Gli autori ipotizzano che gli **spazi verdi** possano proteggere la salute oculare tramite diversi meccanismi:

- Riduzione degli **inquinanti atmosferici** che alterano la superficie oculare.
- Mitigazione di **inquinamento acustico e luminoso**, spesso causa di disturbi del sonno.
- Miglioramento della **salute mentale**, il cui deterioramento è fortemente correlato all'occhio secco.

Questa è la **prima ricerca** a individuare un collegamento diretto fra **ambienti verdi** e **salute della superficie oculare**, anche se è stata condotta in un Paese, la Cina, dove l'inquinamento atmosferico è molto più grave che in Italia.

Nonostante ciò, lo studio apre **scenari importanti per la salute pubblica**. Non tutti, infatti, hanno le stesse opportunità di vivere in contesti ricchi di verde.

Gli autori sottolineano che “**il potenziale effetto protettivo dell'esposizione agli spazi verdi sulla sindrome dell'occhio secco merita attenzione**”, con **significative implicazioni** per la salute collettiva.

Inoltre, evidenziano le **disparità nell'accesso agli spazi verdi** fra Paesi sviluppati e in via di sviluppo, sottolineando che i secondi dispongono «**solo di un terzo degli spazi verdi disponibili ai primi**».

Per questo i ricercatori invitano a «**migliorare la pianificazione e la gestione urbana**», promuovendo una **distribuzione più equa degli spazi verdi**, al fine di implementare misure efficaci per la prevenzione della sindrome dell'occhio secco.

Riferimento bibliografico

Cheng W, Wu H, Wang Z, Liang L. Association between long-term green space exposure and dry eye in China. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*. 2025;14(3):100165. doi:10.1016/j.apjo.2025.100165

A cura di IAPB Italia ETS

CI VEDIAMO ALLO ZEN: QUANDO LA SANITÀ RAGGIUNGE I CUORI DIMENTICATI DELLE METROPOLI

Un'iniziativa che porta la salute visiva nelle periferie più fragili, unendo prevenzione, ricerca e comunità: oltre mille visite oculistiche e più di mille paia di occhiali donati nello storico quartiere palermitano

L'ultima tappa del progetto *Ci Vediamo a ...*, nato dalla collaborazione tra le fondazioni IAPB Italia e One-sight Essilor Luxottica– iniziato nel quartiere Corviale di Roma nel 2023 e proseguito a Napoli nella zona di Scampia nel 2024 – è approdata a **Palermo**, nel quartiere dello Zen, superando ogni aspettativa. Come ha raccontato Tiziano Melchiorre, segretario generale di IAPB Italia ETS, i numeri parlano chiaro: sono state effettuate **1.143 visite oculistiche e donati ben 1.322 paia di occhiali da vista**.

La risposta della comunità è stata così travolgente che sono state visitate in media più di 40 persone al giorno, un dato impressionante se si pensa che nelle tappe precedenti non si superavano le 30 visite giornaliere. «Non abbiamo mai avuto un'affluenza così alta» ha sottolineato Melchiorre, spiegando che l'iniziativa ha persino costretto gli organizzatori ad aumentare il numero di ore di attività ogni giorno per rispondere a una simile domanda.

La decisione di focalizzarsi su quartieri come lo Zen non è casuale. «Noi **scegliamo le aree marginali di alcune città**– ha spiegato Melchiorre-, quelle che esprimono maggiore bisogno o comunque zone dimenticate, spesso fisicamente marginali rispetto alla metropoli o al centro».

L'obiettivo è chiaro: portare un segnale concreto di presenza dove l'oculistica, culturalmente, è talvolta considerata un'attività “opzionale” o meno rilevante per la qualità della vita.

«Più è povera la popolazione, sia da un punto di vista culturale sia economico, e minore è la prevenzione» ha evidenziato. *Ci Vediamo a ...* punta proprio a invertire questa tendenza, portando la salute visiva nelle periferie più lontane dai centri economici e culturali. Il progetto offre **visite oculistiche complete** per valutare l'intero stato di salute dell'occhio. Ma non si limita a questo. In caso di patologie più serie, diverse dai semplici vizi di refrazione, viene assicurato un “secondo livello” di specializzazione ulteriore, possibile grazie a una preziosa collaborazione con specialisti del territorio, in particolare delle strutture pubbliche e universitarie.

Allo Zen, ad esempio, lo staff medico oculistico è stato messo a disposizione dalla prof.ssa Vincenza Maria Elena Bonfiglio, Direttrice della Clinica Oculistica Universitaria del Policlinico P. Giaccone di Palermo. L'intento è creare una **continuità assistenziale**, evitando che l'intervento sia un episodio isolato e garantendo che le patologie più complesse siano seguite dalla sanità locale competente.

Ci Vediamo a ... non è solo assistenza, ma anche ricerca. Come ha rivelato Melchiorre, è in corso uno studio scientifico che confronterà le realtà socio-demografiche e sanitarie delle popolazioni di Corviale, Scampia e Zen. Lo studio utilizza questionari scientificamente validati, tra cui il primo in Italia sulla **health literacy** (alfabetizzazione sanitaria) in ambito oculistico, con domande come "Sai che cos'è la degenerazione maculare?" o "Sai cos'è il glaucoma?".

Un altro questionario indaga lo stile di vita delle persone, esaminando consumo di alcol, attività fisica, alimentazione e uso di tabacco. I risultati, che si punta a pubblicare su una rivista internazionale indicizzata nel

Un'iniziativa che porta la salute visiva nelle periferie più fragili, unendo prevenzione, ricerca e comunità

2026 – pur considerando i tempi lunghi dovuti a comitati etici e revisioni editoriali – promettono di fornire preziose informazioni sui livelli di conoscenza delle patologie oculari e sugli stili di vita nelle aree periferiche delle città italiane. Il successo del progetto affonda le radici nel **coinvolgimento delle associazioni locali**, che godono di grande credibilità sul territorio. A Scampia e allo Zen, un ruolo cruciale è stato svolto da Caritas e parrocchie, in rete con altre realtà. «Se il progetto è calato dall'alto, lo scetticismo ne compromette i risultati» ha spiegato Melchiorre, «Se invece è costruito insieme alle associazioni che quotidianamente gestiscono il bisogno e aiutano la popolazione, diventa tutto più facile».



Prof. Dott. Demetrio Spinelli, Già Direttore S.C. Oculistica Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
Presidente Società Italiana di Oftalmologia Legale

ADERENZA TERAPEUTICA NEL GLAUCOMA: UN PILASTRO PER PRESERVARE LA VISTA

Seguire correttamente la terapia riduce la progressione della malattia, migliora la qualità della vita e valorizza il ruolo attivo del paziente nel percorso di cura

Si stima la prevalenza di OSD tra il 5% ed il 30% in pazienti senza glaucoma al di sopra dei 50 anni e tra il 49 ed il 59% di pazienti con patologia glaucomatoso che fanno uso di colliri.

Poiché non vi è differenza per le classi di farmaci si è visto che tale situazione è legata alla presenza delle sostanze conservanti presenti in tutti i colliri, tra cui il BAK, che mediante differenti meccanismi partecipano all'insorgenza di una secchezza oculare (DED) con conseguente infiammazione e alterazione della superficie oculare (OSD).

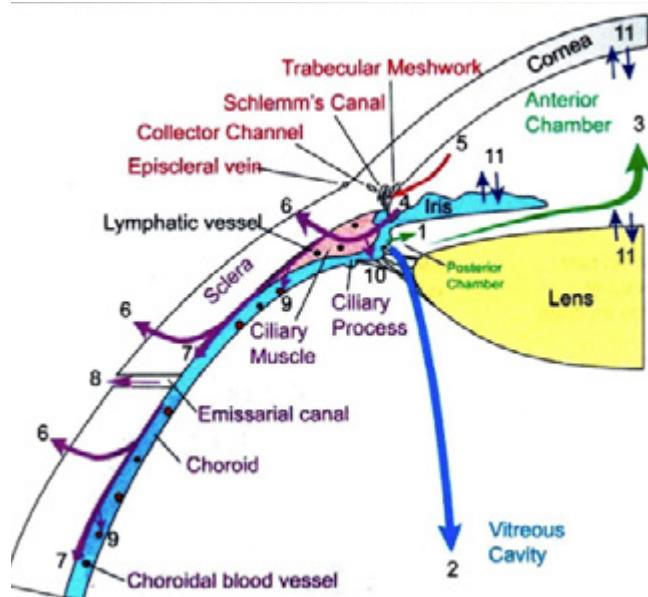
Per tale motivo sono stati studiati i colliri PF (preservative free), i cosiddetti **colliri in monodose, che riducono in modo considerevole i disturbi della superficie oculare** e i sintomi ad essi associati, migliorando l'aderenza alla terapia. Sicuramente hanno un costo maggiore.

È stato stimato che nei pazienti con glaucoma che hanno riferito di non aver mai perso una singola dose di farmaco in otto anni, la perdita stimata del campo visivo è stata significativamente inferiore rispetto ai pazienti che hanno riportato dosi mancanti.

L'assunzione di una terapia farmacologica da parte di un paziente è un comportamento complesso che dipende dal grado di cultura, dalla conoscenza nel settore della salute, dalle esperienze personali e dell'entourage,

dalla informazione dei medici, dalla comunicazione tra sanitario e paziente, come risulta dalle *Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence involving patients in decision about prescribed medicines and supporting adherence (National Collaborative Science for Primary Care (NCSPC) and Royal College of General Practitioner London 2009)*.

Per aderenza si intende la misura in cui il comportamento di un paziente è coerente con le raccomandazioni del



prescrittore in un periodo di tempo definito.

Supera il concetto della compliance, cioè il grado di corrispondenza dei comportamenti del paziente alle raccomandazioni del medico. In genere è l'adeguamento del paziente alle prescrizioni – farmacologiche, riabilitative e/o di stile di vita – fatte dal suo medico. Il termine sottolinea quindi la passività del/la paziente, in un certo senso il suo essere “oggetto” di cura, invece che soggetto e protagonista attivo/a della terapia. Viceversa, l'aderenza è la libera accettazione del trattamento e partecipazione attiva allo stesso. Il concet-

Affrontare i fattori ambientali e comportamentali è oggi ampiamente riconosciuto come cruciale nella prevenzione e nel rallentamento della progressione miopica

to di aderenza comprende poi quello di persistenza, intesa come continuità di utilizzo del farmaco nel tempo e conseguente ottimizzazione della soddisfazione d'uso (che è poi l'obiettivo ultimo di ogni terapia).

Necessita di un previo accordo tra gli interlocutori. Riconosce al paziente la libertà di decidere o meno alle proposte del prescrittore.

La non aderenza può dipendere da una decisione consapevole oppure da una condotta non intenzionale (la cosiddetta barriera: per carenza di istruzione o scarsa comprensione, impedimenti o limitazioni di varia natura, effetti collaterali, difficoltà nella instillazione, costi). Lo scostamento dalle indicazioni riguarda soprattutto i trattamenti: di lunga durata, composti da più farmaci, che prevedono effetti sgradevoli, che determinano una remissione dei sintomi o che inducano la persona a cambiare avviso circa la necessità di un loro prosieguo.

Cosa comporta la non (o scarsa) aderenza?

- Peggioramento della patologia con conseguente ulteriore perdita della funzione visiva sia centrale che periferica che il medico talora non comprende.
- Problema etico: cosa fare in caso di scelta consapevole del paziente di non aderire ad una terapia specifica.
- Sottostima dal paziente.
- Sottovalutata dall'oculista.
- Maggiore utilizzo delle risorse sanitarie.
- Incremento delle spese sanitarie.

Cosa deve fare il medico?

- Stabilire il modo più efficace per comunicare: informazioni accessibili e comprensibili (immagini, simboli, disegni, stampe).
- Adeguare la comunicazione alle esigenze del paziente.



- Coinvolgere il paziente nel processo decisionale della prescrizione.
- Scegliere il trattamento più adatto per ciascun paziente (farmaco, posologia, orari, tipo di confezione, etc.).
- Accettare il diritto del paziente a non assumere una medicina (se decisione consapevole previa informazione corretta).
- Documentare sia le informazioni fornite sia la decisione presa dal paziente qualora questo decida di non iniziare o interrompere la terapia prescritta.
- Tener conto e valutare la preoccupazione del paziente riguardo alla assunzione di un farmaco.
- Valutare sempre il grado di adesione del paziente alla terapia prescritta.
- Adattare gli interventi al singolo caso, se non vi è adesione (non esistono interventi specifici validi).
- Riconsiderare a scadenze concordate livello di comprensione, preoccupazioni, informazioni.

Come informare il paziente?

- Mantenere colloquio e spiegazioni ad un livello comprensivo.
- Durante il colloquio, dedicarsi per prima cosa ai punti più importanti.
- Dare adeguato spazio alle domande.
- Sottolineare l'importanza di seguire rigorosamente la terapia e sottoporsi a controlli regolari.
- Rendere edotto il paziente delle varie opzioni terapeutiche disponibili, e degli effetti collaterali ad esse associati.
- Fare sentire al paziente che la situazione è sotto controllo.
- Verificare durante la visita di controllo che le informazioni date sono state capite dal paziente.

Cosa deve fare il paziente?

- Annotare tutte le medicine che assume (lista dei medicinali).

- Portare tutti i medicinali non utilizzati al medico.
- Semplificare gli schemi di terapia.
- Considerare le possibili alternative.
- Discutere tutti i problemi con il medico.

Il paziente portatore di condizione cronica è il vero responsabile della sua salute: decide in merito allo stile di vita, all'attività fisica e alla assunzione dei farmaci, integrando le informazioni che provengono all'esterno con le proprie attitudini, cultura e aspettative (*WONCA World Family Doctors Caring for People*, Varsavia, 8 settembre 2011, Definizione Europea della Disciplina della Medicina Generale; Dodicesima caratteristica essenziale della professione: empowerment “responsabilizzazione del paziente di fronte alla gestione consapevole della propria salute, in particolare della malattia cronica”).

Il paziente adeguatamente informato:

- Si attiene alla prescrizione del medico.
- Sa riconoscere farmaci e dosaggi.
- È pronto a rilevare i segni di eventuali effetti collaterali indesiderati.

Da quanto detto ne consegue che l'opzione, da parte del medico, dello specifico trattamento, fra i vari possibili, deve essere preceduta da un preventivo ed accurato giudizio di prevedibilità/conoscibilità sui vantaggi e sui rischi del trattamento in oggetto e altresì di evitabilità dei potenziali pericoli del medesimo trattamento.

Effettuata la scelta del trattamento sanitario “migliore” e “più idoneo” la prestazione sanitaria deve essere quindi eseguita con massima diligenza, prudenza e perizia.

La prescrizione di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito ad una diagnosi circostanziata se non ad un fondato sospetto diagnostico.

Deve essere ispirata ad appropriate sperimentate acquisizioni scientifiche sempre perseguitando il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

Franco Lepore, presidente dell'Agenzia Iura

DISABILITÀ VISIVA, DIRITTI E AGEVOLAZIONI: FACCIAMO CHIAREZZA

Un approfondimento su agevolazioni, trattamenti economici e strumenti a disposizione per orientarsi nella complessità normativa, ma che richiama anche alla responsabilità collettiva di costruire una cultura più inclusiva

La disabilità visiva è una condizione estremamente specifica, anche perché, da un punto di vista numerico, riguarda un numero di persone – cieche o ipovedenti – nettamente inferiore rispetto, ad esempio, a chi presenta disabilità motorie o intellettive. In generale, quindi, le persone con disabilità visiva sono meno numerose rispetto ad altre forme di disabilità. In ogni caso, in Italia, a circa un milione di persone è stata certificata una disabilità visiva.

La normativa che riguarda la disabilità visiva è molto farraginosa, soprattutto in riferimento all'accesso a trattamenti pensionistici, agevolazioni, benefici. È quindi fondamentale fornire linee guida e informazioni chiare per garantire a chi ne ha diritto e alle loro famiglie una piena consapevolezza dei propri diritti.

Le persone con disabilità visiva vengono classificate secondo la legge n. 138 del 2001, che si basa su due parametri: il residuo visivo e il campo visivo.

È necessaria una legge specifica poiché alla disabilità visiva sono associati benefici, agevolazioni e trattamenti pensionistici; per questo è fondamentale disporre di una classificazione oggettiva e univoca che escluda interpretazioni soggettive.

La legge definisce diverse forme di disabilità visiva:

È importante concentrarsi non su ciò che le persone con disabilità visiva non possono fare, ma sulle loro capacità e potenzialità

cecità totale, cecità parziale, ipovisione grave, media e lieve. Ognuna può dare accesso a benefici proporzionati al grado di disabilità.

Chi ha una disabilità visiva può accedere a specifici trattamenti. In caso di cecità totale, si ha diritto all'indennità di accompagnamento o alla pensione per ciechi totali. Con cecità parziale, si può accedere all'indennità speciale o alla pensione per ciechi parziali. È importante distinguere tra indennità e pensioni. **Le indennità** (accompagnamento e speciale) sono concesse esclusivamente in base alla disabilità visiva accertata, senza limiti di reddito. **Le pensioni**, invece, dipendono anche dal reddito. Per ottenerle, servono due requisiti:

1. Il riconoscimento della condizione di cecità totale o parziale.
2. Un reddito inferiore ai limiti stabiliti annualmente dallo Stato, in base all'inflazione e ad altri parametri.

I trattamenti pensionistici non sono privilegi, ma compensazioni economiche; i trattamenti economici destinati alle persone con disabilità visiva non devono essere considerati privilegi, ma forme di compensazione per le maggiori difficoltà che affrontano nella vita quotidiana. **Chi è cieco o ipovedente sostiene**

spese più elevate per cercare di mantenere un buon livello di autonomia.

Per le persone con disabilità il lavoro non è solo una fonte di reddito, ma è soprattutto uno strumento di autonomia, consapevolezza, crescita dell'autostima e integrazione nella vita sociale e relazionale.

Esistono agevolazioni per favorire l'inserimento lavorativo. Nonostante le difficoltà, le persone con disabilità visiva hanno capacità residue valorizzabili da datori di lavoro pubblici e privati. **Le nuove tecnologie permettono oggi di svolgere mansioni prima impensabili**, come ruoli amministrativi o di responsabilità, grazie a strumenti come i lettori di schermo.

Restano però difficoltà, spesso dovute alla scarsa conoscenza delle potenzialità e degli strumenti da parte dei datori di lavoro. Per questo sono state introdotte leggi speciali, il collocamento mirato e le quote di riserva per facilitarne l'assunzione.

Anche **il tema dei trasporti** è centrale per l'autonomia delle persone con disabilità visiva, che non potendo gui-

dare, fanno ampio uso dei mezzi pubblici. In questo ambito esistono diverse agevolazioni tariffarie: per i viaggi in treno sono previsti sconti per chi viaggia da solo e, in alcuni casi, la gratuità per l'accompagnatore. A livello regionale, anche autobus e metropolitane possono offrire sconti o viaggi gratuiti.

Tuttavia, le agevolazioni economiche da sole non bastano. Per garantire davvero autonomia, è fondamentale che le infrastrutture e i mezzi di trasporto siano pienamente accessibili. **Senza un'effettiva accessibilità, gli sconti rischiano di restare inutilizzabili.** Su questo aspetto, c'è ancora molta strada da fare.

In generale, **le agevolazioni fiscali per le persone con disabilità visiva sono in continua evoluzione.** Per questo è fondamentale informarsi regolarmente, soprattutto in occasione della dichiarazione dei redditi. Esistono varie spese che possono essere dedotte o detratte, oltre a benefici per l'acquisto di beni e servizi. Ad esempio, per l'acquisto di un veicolo è prevista l'IVA agevolata al 4% e una detrazione del 19%, da applicare in un'unica





soluzione o in quattro anni. Anche i presidi ottici e altri ausili visivi, come lettori di schermo e lenti speciali, possono usufruire di agevolazioni fiscali o essere forniti gratuitamente se compresi nel nomenclatore tariffario. Inoltre, i sussidi tecnologici e informatici, fondamentali per l'autonomia delle persone cieche e ipovedenti, godono delle stesse agevolazioni, ma è necessaria una prescrizione medica che certifichi il collegamento funzionale tra il sussidio e la disabilità visiva. Le detrazioni valgono infatti solo per dispositivi con tecnologie assistive o funzionalità specifiche per la disabilità visiva.

La **Disability Card**, ad esempio, è uno strumento recente che permette di usufruire di agevolazioni e sconti tramite convenzioni con enti pubblici e privati a livello nazionale, regionale e locale. Con questa tessera si può accedere a riduzioni per musei, teatri, siti archeologici, impianti sportivi e ora anche per l'acquisto di biglietti ferroviari. Dotata di QR code, la Disability Card **consente di verificare in tempo reale il diritto alle agevolazioni**, sostituendo il tradizionale certificato di invalidità carta-

ceo e semplificando l'accesso ai benefici.

In conclusione, possiamo comprendere come l'inclusione delle persone con disabilità visiva non sia ancora pienamente realizzata, spesso per la mancanza di conoscenza e comprensione della disabilità stessa. Oltre a rimuovere le barriere architettoniche e introdurre agevolazioni, è fondamentale diffondere una cultura inclusiva basata sul rispetto e la consapevolezza che le persone con disabilità visiva sono parte integrante della società, con gli stessi diritti di tutti. **È importante concentrarsi non su ciò che le persone con disabilità visiva non possono fare, ma sulle loro capacità e potenzialità.**

Il ruolo principale spetta alle Istituzioni, che devono coinvolgere attivamente le associazioni di persone con disabilità nei processi di consultazione e progettazione delle politiche inclusive, come previsto dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Chi meglio di chi vive la disabilità può contribuire a migliorare le politiche per la loro inclusione?

A cura di IAPB Italia ETS

CLINICA OCULISTICA DI UDINE: PRIMA TERAPIA GENICA CONTRO LA MACULOPATIA

Il risultato della Clinica Universitaria rientra in un ampio studio clinico internazionale, il prof. Lanzetta: "Un passo decisivo verso cure più efficaci e durature"

La Clinica Oculistica Universitaria del Presidio Ospedaliero di Udine ha eseguito il **primo trattamento con terapia genica per la cura della degenerazione maculare legata all'età nella sua forma aggressiva**. L'intervento si inserisce nell'ambito di uno studio clinico internazionale, che coinvolge solo pochi centri altamente specializzati in tutto il mondo.

La degenerazione maculare legata all'età è la maculopatia più comune ed è la principale causa di cecità nei Paesi sviluppati. Nella forma avanzata, colpisce centinaia di migliaia di persone in Italia. Tale forma, detta anche neovascolare (o "umida") è caratterizzata dalla crescita di vasi sanguigni anomali sotto la retina e può portare rapidamente a una perdita della vista centrale, compromettendo attività quotidiane come leggere, guidare o riconoscere i volti. Ad oggi, la terapia standard consiste in iniezioni intravitreali ripetute ogni 4-8 settimane. Sebbene efficaci, queste richiedono frequenti accessi ospedalieri e rappresentano un impegno gravoso per pazienti e famiglie.

«Questa nuova terapia rappresenta un cambio di paradigma - spiega il prof. Paolo Lanzetta, direttore della Clinica-. Invece di somministrare il farmaco attraverso continue iniezioni all'interno dell'occhio, si trasferiscono alle cellule della retina le istruzioni necessarie per produrre autonomamente la molecola terapeutica. In termini semplici, **è l'occhio stesso a diventare la 'fabbrica' del farmaco**, con la prospettiva di ridurre drasticamen-

te, o addirittura eliminare, la necessità di trattamenti ripetuti». «Si tratta di un sogno divenuto realtà - aggiunge Lanzetta-. Da studente di medicina, oramai diversi anni fa, ricordo bene che la terapia genica venisse prospettata come una ipotesi terapeutica forse riservata al futuro. È una grande emozione poterla proporre oggi ai nostri pazienti».

Il team della Clinica Oculistica, che include la prof.ssa Valentina Sarao e il prof. Daniele Veritti – esperti nella cura delle patologie retiniche – è stato selezionato tra i pochi al mondo per questa sperimentazione. La partecipazione a questo studio sottolinea l'impegno congiunto dell'Università di Udine e dell'Azienda Sanitaria Friuli Centrale nell'offrire ai pazienti friulani l'accesso alle terapie più innovative disponibili al mondo.

La Clinica Oculistica di Udine non è solo un centro di riferimento per le cure più avanzate, ma anche un centro di alta formazione grazie alla Scuola di Specializzazione in Oftalmologia dell'Università di Udine, diretta dal prof. Daniele Veritti. «Essere un centro di riferimento per sperimentazioni di questa portata - afferma il prof. Veritti - significa **garantire ai nostri pazienti le cure del futuro già oggi**, e ai nostri specializzandi una formazione clinica di altissimo livello. La nostra Scuola di Specializzazione offre infatti ai futuri oculisti l'opportunità unica di partecipare direttamente alle sperimentazioni più importanti a livello mondiale, un privilegio riservato solo ai centri di massima eccellenza internazionale».

Renato Mantovani, Avvocato cassazionista Presidente del Comitato Etico Territoriale 5 della Lombardia

FINALMENTE IL CONSIGLIO DEI MINISTRI SI È ESPRESSO FAVOREVOLMENTE SULLO "SCUDO PENALE" PER TUTTO IL PERSONALE SANITARIO

Un nuovo equilibrio tra tutela dei pazienti e protezione dei medici: la riforma restringe la responsabilità penale alle sole ipotesi di colpa grave

Nella seduta del 4 settembre 2025, il Consiglio dei ministri ha finalmente dato il benestare alla proposta del Ministro della Salute Orazio Schillaci, al fine di dare corso ad una riforma della disciplina che oggi si occupa della responsabilità professionale di tutti gli operatori sanitari.

La nuova regolamentazione prevede l'introduzione di quello che giornalisticamente viene comunemente definito come "**scudo penale**" con il fine di limitare la punibilità in ambito penale di medici e di tutte le altre categorie di sanitari qualora una loro **eventuale malpractice sia da imputare solo ad un grado di colpa inquadrabile come lieve**.

Principio valido però solo qualora l'atto medico imputato come non conforme sia comunque stato posto in essere nel rispetto delle appropriate linee guida e della buona pratica clinica.

La nuova disciplina interviene per meglio regolamentare e calmierare l'accesso alla giustizia da parte dei pazienti ai soli fini risarcitori.

L'intento è quello di eliminare la punibilità per i reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose qualora la loro fattispecie venga invocata in ambito di un trattamento sanitario. **La punibilità di quanto ha rilevanza penale viene limitata ai soli casi di riscontrata colpa grave.**

Con la legge oggi vigente che verrà emendata (ricordata comunemente come la "Gelli/Bianco"), nella forma ormai comunemente esplicitata dalla giurisprudenza della suprema Corte di Cassazione, la punibilità viene esclusa solo per una delle tre ipotesi nella quale la colpa viene prevista dal Codice Penale al suo art. 43, ovvero per l'imperizia. Per quanto invece riguarda le altre due fattispecie ipotizzabili, la negligenza e la imprudenza, la punibilità in ambito di attività sanitaria la si ha anche per ipotesi di colpa lieve.

Condizione specifica per ridurre la punibilità alle sole ipotesi di colpa grave è per il legislatore il rispetto, a opera del professionista sanitario, delle appropriate linee guida e, qualora per il caso di specie non ve ne



fossero, delle buone pratiche clinico-assistenziali, a condizione che queste siano da ritenersi adeguate e applicabili al caso concreto.

Quello che si vuole raggiungere con la nuova normativa è **un equilibrio fra la necessaria tutela delle vittime degli errori medici e la protezione degli operatori sanitari dall'eccesso di responsabilità penale** per colpe che se pur presenti siano identificabili come lievi o inevitabili nel contesto operativo.

Principi ispiratori per il Giudice in sede di contenzioso penale, al fine di portare ad una assoluzione del sanitario oggetto di imputazione, sono quelli che lo inducano, anche se l'atto medico che si contesta come foriero di danni per colpa grave, a comprendere se la realtà operativa nella quale il sanitario ha agito

avesse risorse limitate in relazione all'impegno richiesto o se la situazione clinica fosse stata di particolare complessità tecnica.

Proprio utilizzando i due parametri appena richiamati, adeguatezza e complessità, il Giudice avrà la possibilità nel procedimento penale di accertare non solo la contestata colpa ma anche il relativo grado della stessa.

I competenti ministri della Salute e della Giustizia hanno tenuto a sottolineare che la nuova misura normativa non viene per nulla a compromettere i diritti dei cittadini al risarcimento dei danni in caso di malpractice, ma permetterà invece agli operatori sanitari di **concentrarsi sulla cura effettiva dei pazienti evitando, o almeno limitando, di ricorrere alla tanto deprecata medicina difensiva**.

Federico Marmo, medico oculista specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Filippo Cruciani, medico oculista, referente scientifico di IAPB Italia ETS

La prevenzione in medicina: note su alcuni concetti basilari ad uso degli oftalmologi. Seconda parte

Quadro globale, quadro italiano e screening: cosa funziona davvero nella prevenzione oftalmologica

Abstract

Nella prima parte¹ sono stati richiamati alcuni concetti generali di medicina preventiva cui fare riferimento in tema di prevenzione in oftalmologia. In questa seconda parte viene discusso il concetto di “salute oculare” e vengono sinteticamente riferite le principali iniziative dell’OMS nella prevenzione dell’impairment visivo e della cecità e nella promozione della salute oculare a livello globale.

Viene poi descritta per sommi capi la situazione italiana con i più importanti riferimenti legislativi e gli organismi coinvolti nella prevenzione in ambito oftalmologico, con un riferimento al Piano Nazionale della prevenzione 2020-2025. Vengono infine discusse convenienze e criticità degli screening sistematici nella retinopatia diabetica, nel glaucoma e nella degenerazione maculare legata all’età.

Per la retinopatia diabetica si fa un sintetico riferimento all’esperienza del servizio sanitario nazionale inglese. In conclusione, si definiscono gli elementi essenziali su cui si basa la prevenzione in oftalmologia, con alcune brevissime considerazioni di carattere etico-comportamentale.

La “prevenzione” in oftalmologia ha come obiettivo fondamentale la lotta alla disabilità visiva ed alla cecità, ma in una visione più ampia ed allineata con la definizione di “salute” generale data dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948², e, soprattutto, in contesti socioeconomici e sanitari più evoluti, essa assume una **dimensione più ampia ed articolata, multifattoriale e multidisciplinare, ponendosi come obiettivo finale la “salute oculare”**. Non essendo stata ancora individuata una precisa e condivisa definizione esaustiva di “salute oculare”, possiamo descriverla sinteticamente come lo stato di benessere fisico e funzionale degli occhi e del sistema visivo che consente a un individuo di partecipare pienamente alle attività della vita quotidiana, godere di una buona qualità della vita, esprimere le proprie potenzialità senza limitazioni dovute a disabilità o disfunzioni visive ed inserirsi a pieno titolo nel contesto sociale. Secondo questa descrizione, la salute oculare, oltre all’assenza di malattie oculari ed alla disponibilità di una sufficiente capacità visiva (che si compone di varie “funzioni visive”: visione centrale e laterale, senso cromatico, sensibilità al contrasto, visione meso-



pica, visione binoculare, etc.), di fatto presuppone, tra l'altro, la possibilità di accesso per tutti ai servizi di prevenzione e cura oculistica di qualità (senza “barriere” socio-economiche, geografiche, etc.), ed il riconoscimento che la salute degli occhi è parte integrante della salute generale e del benessere di un individuo ed è essenziale per molte attività quotidiane, dall'apprendimento al lavoro, alla socializzazione e al godimento del tempo libero.

L'OMS, che agisce in ottemperanza all'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA)³ **ed alle sue “Risoluzioni”⁴** e su autonoma iniziativa, da decenni è impegnata nella lotta all'impairment visivo ed alla promozione della salute oculare con specifiche strategie, piani d'azione, indicazioni operative raccomandazioni, etc. che rappresentano un riferimento imprescindibile per tutti i 194 Stati membri Paesi, in particolare, per i Paesi a basso e medio reddito (Low- and Middle-Income Countries, LMICs)⁵, e per gli tutti gli operatori del settore (governanti, amministratori, oftalmologi e professionisti sanitari, etc.).

Fin dal 1969⁶ molte Risoluzioni della WHA hanno avuto come oggetto l'oftalmologia.

L'iniziativa globale più strutturata è stata lanciata dall'OMS nel 1999 in collaborazione con l'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità (IAPB)⁷ con il progetto Vision 2020: *The Right to Sight (Il Diritto alla Vista)*, rafforzata e ufficialmente sostenuta da diverse Risoluzioni della WHA nel corso degli anni. Nel progetto si indicano le strategie per affrontare ed eliminare entro il 2020 le cinque principali cause di cecità evitabile (cataratta, tracoma, oncocerco, cecità infantile, difetti refrattivi non corretti).

Nell'ambito di Vision 2020 è stata istituita e varata per la prima volta, il 12 ottobre 2000, la **Giornata Mondiale della Vista**⁸, che si celebra ogni anno il secondo giovedì di ottobre per **affermare e promuovere la salute degli occhi come diritto umano fondamentale e come traguardo per la qualità della vita, raggiungibile con le giuste azioni preventive**. Ogni anno, la Giornata Mondiale della

Vista adotta un tema specifico per focalizzare l'attenzione su un aspetto particolare della salute oculare: nel 2024: Children, love your eyes (Bambini, amate i vostri occhi), nel 2023: Love Your Eyes at Work (Ama i tuoi occhi al lavoro), 2022/2021: Love Your Eyes (Ama i tuoi occhi).

Nel gennaio del 2012, in ordine alla Risoluzione WHA66.4 (2013): Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019, il Consiglio Esecutivo dell'OMS⁹ ha varato il Global Action Plan (GAP) Universal Eye Health: A Global Action Plan 2014–2019¹⁰ con l'obiettivo di ridurre del 25% entro il 2019 la prevalenza della disabilità visiva prevenibile rispetto ai livelli del 2010 e di ampliare il campo d'interesse dalla sola eliminazione della cecità evitabile alla “salute oculare universale”. Nel documento programmatico sono riportate, tra l'altro, alcune “lezioni apprese” che mantengono tutt'oggi la loro validità in ogni contesto socioassistenziale:

In tutti paesi è fondamentale valutare l'entità e le cause dei deficit visivi e l'efficacia dei servizi.

L'elaborazione e l'attuazione di politiche e piani nazionali per la prevenzione dei deficit visivi evitabili rimangono i pilastri dell'azione strategica.

I governi e i loro partner devono investire per ridurre i deficit visivi evitabili attraverso interventi dotati di un buon rapporto costi-benefici e aiutare le persone affette da deficit visivi irreversibili a superare le barriere che ostacolano l'accesso alle cure sanitarie, alla riabilitazione, al supporto e all'assistenza, nel loro ambiente di vita e nei settori dell'istruzione e dell'occupazione.

L'eliminazione della cecità evitabile dipende dai progressi compiuti in altri programmi globali in materia di salute e sviluppo (creazione di sistemi sanitari completi, sviluppo delle risorse umane del settore sanitario, miglioramento dei risultati nell'a-





rea della salute materno-infantile e riproduttiva, fornitura di acqua potabile sicura e di servizi igienici di base, etc.).

La ricerca è importante e deve essere finanziata.

Dopo la scadenza del GAP 2014-2019, la WHA e l'OMS hanno sviluppato ulteriori azioni.

Il 9 ottobre 2019 l'OMS ha pubblicato il *World Report on Vision (WRV)*¹¹ che rappresenta un documento cardine per l'oftalmologia mondiale in cui si evidenziano innanzitutto le dimensioni della disabilità visiva nel mondo (almeno 2,2 miliardi di persone affette da deficit visivi di cui almeno 1 miliardo preventibili o ancora trattabili). Il WRV, che è rivolto ai «Ministeri della salute, alle agenzie di sviluppo, alle organizzazioni della società civile e ai ricercatori, ai professionisti e ai responsabili politici nel campo della cura degli occhi», ridefinisce l'approccio globale alla salute oculare e ribadisce l'appello per un'assistenza oculistica universale e integrata, in linea con gli

Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU¹² (Sustainable Development Goals, SDGs) , in particolare l'SDG 3 (“Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età”) e l'SDG 3.8 (“Garantire una copertura sanitaria universale- UHG”)¹³. Nel Report si propone e si raccomanda un modello innovativo di cura oculistica, integrata e centrata sulla “persona (Integrated People-centred Eye Care, IPEC). L'IPEC è definita come un complesso di “servizi gestiti e forniti in modo che le persone ricevano un continuum di interventi sanitari che coprono promozione, prevenzione, trattamento e riabilitazione, per affrontare tutto lo spettro delle condizioni oculari in base alle loro necessità, coordinati tra i diversi livelli e siti di cura all'interno e oltre il settore sanitario, e che riconoscono le persone come partecipanti e beneficiari di questi servizi, lungo tutto il loro corso di vita”. Il WRV ha gettato le basi per l'integrazione dell'assistenza oculistica nella UHG (copertura sanitaria universale). Nel Report si forniscono dati economici

(costi/benefici) che avvalorano la prevenzione non solo come un beneficio per la salute ed il benessere umano, ma come un conveniente investimento per la produttività economica e per uno sviluppo sostenibile.

A seguito della Risoluzione WHA73.4, l'OMS, nel maggio 2022, ha lanciato il *Package of Eye Care Interventions¹⁴* (PECI, Pacchetto di Interventi per la Cura Oculistica), **documento strategico e programmatico ufficiale, indirizzato a tutti i Paesi membri**, in particolare a quelli a basso e medio reddito, in cui si indica una serie di interventi oculistici **evidence based** (con le relative necessarie risorse materiali), strutturati in una sequenza di fasi:

- Promozione della salute e prevenzione.
- Screening.
- Diagnosi e monitoraggio; trattamento.
- Riabilitazione.

Il PECI è basato su una precisa strategia¹⁵ e prevede, tra l'altro, screening¹⁶ di base nel periodo neonatale (da nascita a 4 settimane, test del riflesso rosso), nei bambini in età prescolare (da 3 a 5 anni), nei bambini in età scolare (tra 5 e 18 anni), negli adulti (di età ≥ 50 anni), nei neonati pretermine e/o dei neonati a basso peso alla nascita, nelle persone con diabete.

Grande rilevanza ha **SPECS¹⁷ 2030**, iniziativa lanciata dall'OMS¹⁸ nel 2021, che prevede un aumento del 40% nella correzione degli errori refrattivi entro il 2030. Gli errori refrattivi non corretti sono la principale causa di compromissione della vista a livello mondiale: **si stima che solo il 36% circa delle persone con errori refrattivi abbia accesso ad occhiali adeguati**, e oltre 800 milioni di persone con presbiopia potrebbero essere trattate con semplici occhiali da lettura. SPECS 2030 è un'iniziativa cruciale per la salute oculare globale e per gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, in particolare quello legato alla salute e al benessere (SDG 3) e alla Copertura Sanitaria Universale.

Infine citiamo la **Risoluzione delle Nazioni Unite (ONU) Vision for Everyone: Accelerating action to achieve the Sustainable Development Goals (SDG)** (Risoluzione A/75/L.108), adottata all'unanimità dall'Assemblea Generale il 23 luglio 2021, con cui i 193 Stati membri,



in sinergia con l'OMS, assumono un impegno formale per garantire che entro il 2030 tutti abbiano accesso all'assistenza oculistica e per rendere la salute oculare un fattore condizionante essenziale per il raggiungimento di diversi SDG, come la riduzione della povertà, l'istruzione di qualità, l'uguaglianza di genere, il lavoro dignitoso. Tale risoluzione ha anche un valore storico in quanto è la prima risoluzione in assoluto delle Nazioni Unite dedicata specificamente alla salute oculare.

Nel nostro Paese, il Ministero della Salute, in un documento del 2011¹⁹, ha precisato (con qualche perplessità)²⁰ che (anche) in oftalmologia esiste una Prevenzione Primaria, Secondaria e Terziaria.

Un caposaldo per la prevenzione della cecità in Italia è la Legge 284/1997 (Disposizioni per la prevenzione della cecità e

per la riabilitazione visiva) che ha posto le basi per il finanziamento di interventi di prevenzione e riabilitazione, istituendo anche il Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva degli Ipovedenti. Il Ministero della Salute, in base a questa legge, è tenuto a presentare periodicamente al Parlamento una Relazione sullo stato di attuazione delle politiche inerenti alla prevenzione della cecità, l'educazione e la riabilitazione visiva.

Un ruolo significativo in ambito preventivo è svolto dal Comitato Tecnico Nazionale per la Prevenzione della Cecità e dell'ipovisione (CTNPC)²¹ composto da accademici, oftalmologi clinici e rappresentanti di Società Scientifiche e Associazioni come l'Unione Italiana Ciechi e la IAPB Italia ETS, ricostituito più volte, l'ultima delle quali con il D.M. del 9 agosto 2022, che ne ha confermato la durata triennale. Il CTNPC, in





linea con le indicazioni del World report on Vision, promuove iniziative per l'implementazione del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2020-2025, in particolare riguardo al Macro obiettivo 1 (Malattie croniche non trasmissibili), ed ha, tra i suoi scopi e funzioni principali, la consulenza su tutte le problematiche legate alla prevenzione della cecità e dell'ipovisione ed alla riabilitazione visiva, la raccolta e pubblicazione periodica di dati statistico-epidemiologici sulle menomazioni visive (soprattutto su quelle prevenibili e/o curabili) e sulle loro cause in Italia, la definizione di linee guida e di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici per patologie oculari con maggiore impatto sociale, il monitoraggio delle attività di prevenzione svolte dai vari Enti e soggetti attivi nella lotta alle menomazioni visive sul territorio nazionale, la promozione e definizione delle modalità degli screening oftalmologici.

In realtà nel PNP 2020-2025 la cecità e l'ipovisione non sono specificamente indicate come obiettivo e pertanto devono essere comprese del più ampio Macro Obiettivo 1: Malattie croniche non trasmissibili in cui rientrano le malattie, in particolare diabete e malattie cardiovascolari, frequentemente connesse a deficit visivi. Il PNP, inoltre, prevede programmi e azioni predefinite per la salute in età evolutiva, in cui si inseriscono gli screening visivi neonatali (riflesso rosso) e quelli in età pediatrica, e promuove gli screening in generale e la sorveglianza epidemiologica delle condizioni di salute, da cui far scaturire la raccolta di dati e l'organizzazione di percorsi di screening per le patologie oftalmiche.

In Italia sono previsti e promossi attivamente screening e controlli mirati per talune fasce d'età e categorie di rischio.

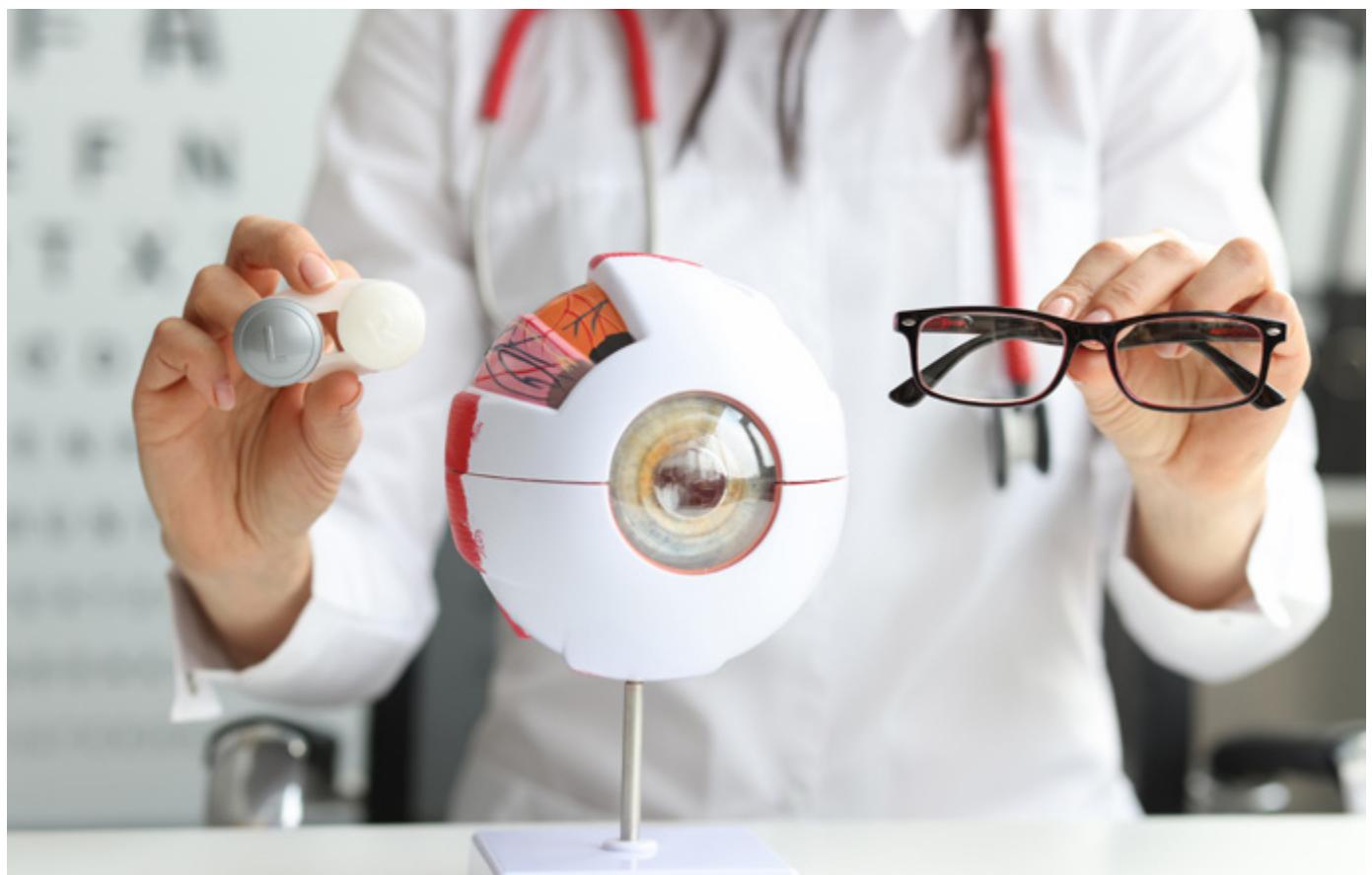
Previsto e garantito gratuitamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)²², è lo Screening Neonatale con il test del riflesso rosso pupillare, che, indica la presenza di opacità nei mezzi diottrici dell'occhio, in particolare la cataratta congenita. I Bilanci di Salute effettuati dal Pediatra (a 2-3 mesi, 4-6 mesi, 7-9 mesi, 10-12 mesi) sono un valido strumento di screening aggiuntivo in quanto consentono di valutare i movimenti oculari, la presenza di strabismo e la reazione alla luce e agli oggetti; purtroppo, i test oculistici richiedono una preparazione ed un'esperienza non sempre presenti nel bagaglio professionale del pediatra.

Fortemente raccomandato da tutte le società scientifiche pediatriche e oftalmologiche è lo screening in età prescolare (tra i 2 e i 4 anni, idealmente a 3 anni) per la prevenzione dell'ambliopia, e scolare (ai 6 anni e oltre) per la diagnosi precoce di vizi di refrazione e strabismo.

Lo screening per la Retinopatia Diabetica (RD) è un controllo periodico fondamentale previsto all'interno del percorso di gestione del paziente diabetico. Le linee guida nazionali per la gestione del diabete raccomandano controlli oculistici regolari (almeno una volta l'anno, o più frequentemente a seconda del grado di retinopatia) per tutti i pazienti diabetici.

In *Diabetic retinopathy screening: a short guide* (WHO Regional Office for Europe; 2020)²³ si afferma che la retinopatia diabetica può essere oggetto di screening sistematico in quanto rientra pienamente nei parametri di Wilson & Jungner (riportati nella prima parte)²⁴.

Il Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS) ha attivato fin dal 2003 uno dei programmi di screening della RD (Diabetic Eye Screening Programme, DESP) più avanzati al mondo, esteso a tutti gli individui affetti da diabete (Tipo 1 e Tipo 2) di età ≥ 12



anni ed effettuato mediante retinografie digitali (nello screening si sta gradualmente inserendo anche l'OCT, disponibile per tutti entro l'ottobre 2025)²⁵, eseguite da tecnici non medici formati e trasmesse per via telematica a un Central Grading Hub/Grading Station **dove esperti qualificati esaminano e classificano le immagini retinografiche con uno specifico sistema²⁶ e decidono con criteri standardizzati²⁷.** Il DESP dal 2008 ha raggiunto una copertura della popolazione quasi completa (>80%)²⁸ con evidenti positivi risultati. A tal proposito, l'OMS rileva che «Dopo 7 anni di screening per la retinopatia diabetica trattabile [...] questa condizione non era più la causa più comune di cecità nella popolazione in età lavorativa. Questo fornisce prove convincenti che lo screening sistematico per la retinopatia diabetica, unito al trattamento tempestivo della malattia minacciosa per la vista, può ridurre il degrado della vista e la cecità»²⁹.

In Italia non esiste un programma di screening nazionale unico e sistematico rivolto a tutta la popolazione diabetica; l'organizzazione dello screening della RD è demandata principalmente alle Regioni e alle ASL. La retinopatia diabetica ed i controlli oculistici periodici rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che però definiscono “cosa” deve essere garantito, non necessariamente “come” (ossia le modalità organizzative dettagliate dello screening di massa). Esistono linee Guida e raccomandazioni prodotte da società scientifiche come l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e la Società Italiana di Diabetologia (SID), che indicano cadenze e metodologie appropriate. In mancanza di un coordinamento nazionale, si ha nel nostro Paese una situazione territoriale molto variegata. Sono poche le AST e le ASL che cercano di organizzare programmi di teleoftalmologia per RD





tra mille difficoltà, mentre la quasi totalità si affida all'iniziativa dei singoli centri anti-diabetici. Anche per questo, uno dei problemi principali in Italia nella prevenzione della RD è la bassa adesione dei pazienti diabetici a sottoporsi all'esame del fondo oculare. Si stima che solo una percentuale minoritaria di pazienti diabetici (tra il 10 ed il 30%) esegua regolarmente lo screening secondo le linee guida.

In particolare, in questo quadro nazionale molto diversificato e frammentato, oltre alle campagne di screening gratuite e straordinarie, promosse da associazioni di pazienti (come FAND - Associazione Italiana Diabetici) o società scientifiche, spesso con l'uso di unità mobili e retinografia, **è dato riscontrare diversi eccellenti esperimenti e progetti pilota a livello re-**

gionale o di singola ASL che implementano modelli vari di screening, spesso effettuati con retinografia digitale e telerefertazione. Tra questi, ne ricordiamo due in particolare: **la ASL di Pescara e la SC Diabetologia Territoriale della ASL Torino 5**, che hanno avviato un percorso di screening della RD già da diversi anni. Nello specifico la fotografia del fondo oculare eseguita dal personale infermieristico o dall'ortottista presso i centri di diabetologia, e refertata a distanza dall'oculista e caricata sulla cartella digitale della diabetologia. Presso la struttura torinese fra fine 2021 e inizio 2023 è stata condotta un'esperienza di screening della retinopatia diabetica mediante l'utilizzo di un algoritmo di intelligenza artificiale (DAIRET - Diabetes Artificial Intelligence for RETinopathy)³⁰. Su 637 pazienti esaminati sono state rilevate una sensibilità del 100% ed una specificità dell'80%. Gli Autori evidenziano che nessun paziente che ne-



cessitava dell'oculista è stato diagnosticato erroneamente come falso negativo. La specificità risulta comunque essere sufficiente per rappresentare un'alternativa economicamente vantaggiosa alla refertazione anche in considerazione della successiva individuazione delle cause dei falsi positivi e dell'attivazione delle opportune correzioni.

L'intelligenza artificiale (IA), in particolare gli algoritmi di deep learning, nello screening della RD consentiranno grande efficienza e velocità nel classificare (quasi istantaneamente) le immagini di un gran numero di pazienti, screening su grandi numeri superando barriere geografiche e carenze di personale, omogeneità, coerenza e precisione dei giudizi pari o addirittura superiori alle prestazioni degli esperti umani per l'alta sensibilità e specificità che i sistemi di IA stanno raggiungendo.

A differenza dello screening per la RD, lo screening di massa per il Glaucoma ad Angolo Aperto (GAA) non raccoglie un consenso unanime e benché alcuni studi indichino che l'identificazione precoce tramite screening potrebbe migliorare la qualità della vita dei pazienti e ridurre i costi sanitari a lungo termine, la letteratura scientifica non è unanime nella valutazione del bilancio tra costi e benefici dello screening su larga scala del GAA. In effetti per il GAA non esiste un singolo test "rapido", economico, e, soprattutto, affidabile o un unico biomarker da utilizzare in uno screening; com'è noto, la diagnosi di GAA richiede molti test (misurazione della pressione oculare, esame del nervo ottico, gonioscopia, campo visivo, OCT) che hanno un costo significativo, sia in termini di attrezzature che di tempo e di personale. E, comunque, uno screening di massa, difficilmente sarebbe costo/efficace a causa della (relativa)

bassa prevalenza del glaucoma nella popolazione generale che comporta un elevato tasso di falsi positivi con un conseguente (eccessivo) spreco di risorse per il sistema sanitario e disagi per le persone.³¹ **Organismi internazionali hanno spesso concluso che non ci sono prove sufficienti per raccomandare uno screening universale del glaucoma; tra questi la US Preventive Services Task Force che nel 2013³² ha affermato e poi nel 2022³³ ribadito questa posizione.** Per altro, la maggior parte delle organizzazioni internazionali di oftalmologia (come l'American Academy of Ophthalmology - AAO e l'International Council of Ophthalmology - ICO) non raccomanda uno screening di popolazione universale per il GAA. Alcuni Autori³⁴ non condividono questo approccio restrittivo e sostengono la validità di screening "mirati" su popolazioni ad alto rischio, ovvero su gruppi specifici di individui

che presentano un rischio elevato di sviluppare il glaucoma, come, ad esempio, le popolazioni di origine afroamericana o ispanica ed i soggetti con una storia familiare di glaucoma o una predisposizione genetica nota, dove, la maggior prevalenza della malattia riduce nettamente il "peso" dei falsi positivi rendendo lo screening costo/efficace. Gli stessi Autori evidenziano che «Negli ultimi dieci anni sono stati pubblicati numerosi studi "community based", svolti in contesti geograficamente diversi, che forniscono prove del fatto che lo screening mirato nelle popolazioni ad alto rischio è altamente sensibile nell'identificare i soggetti con stadi iniziali e successivi di glaucoma».

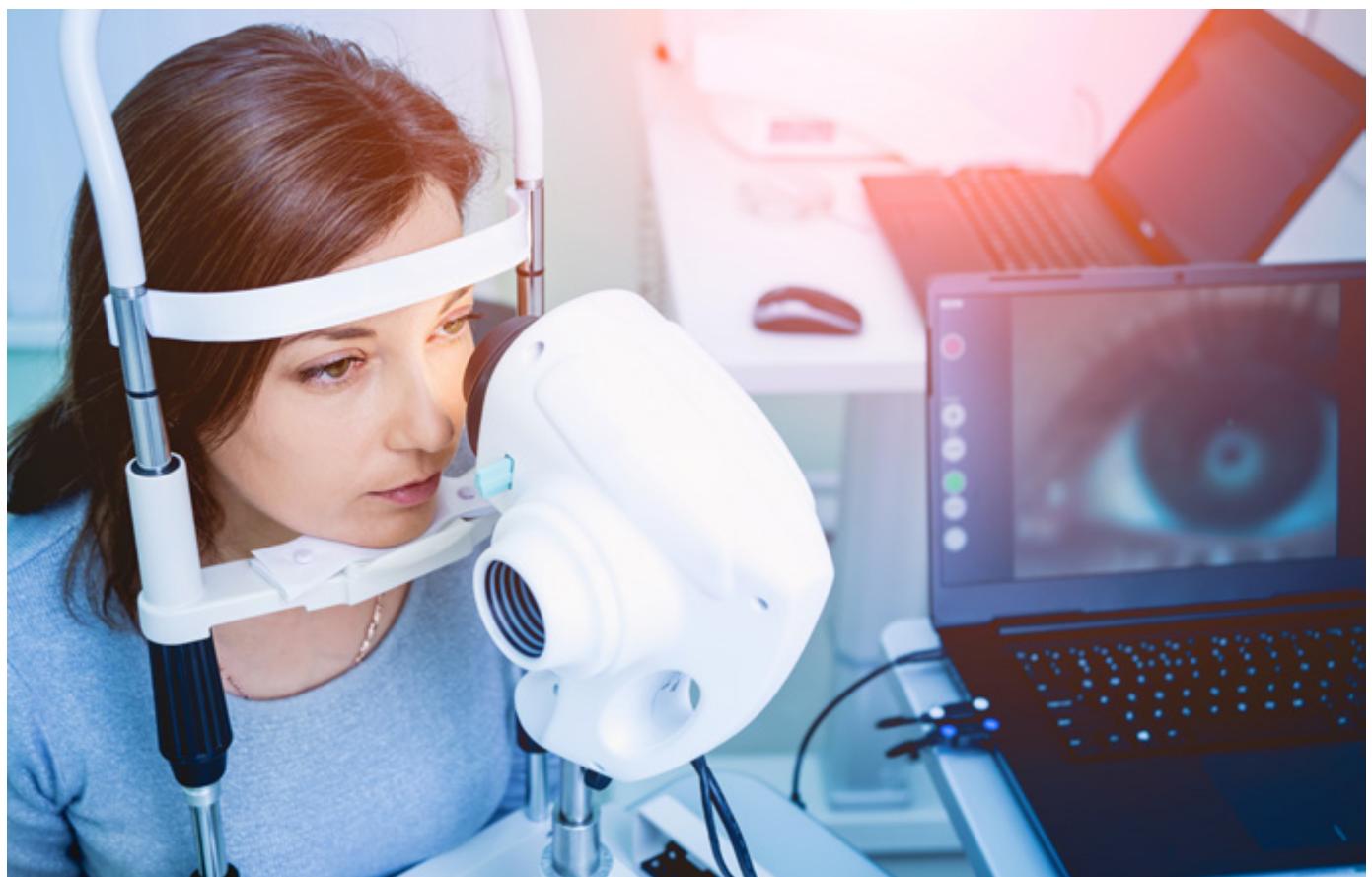
La strategia preventiva prevalente in Italia e nella maggior parte dei Paesi sviluppati rimane lo screening "opportunistico" basato sulla visita oculistica periodica (checkup up), sull'identificazione dei fattori



di rischio individuali (età >40 anni, familiarità, alta miopia/ipermetropia, altre patologie) e, soprattutto, sulla istruzione/educazione sanitaria dei cittadini. Molti Paesi promuovono campagne di sensibilizzazione, spesso in occasione della Settimana Mondiale del Glaucoma³⁵, sui fattori di rischio e sull'importanza delle visite oculistiche. Si stanno sperimentando programmi pilota che utilizzano la telemedicina (es. invio di immagini del nervo ottico a un centro di riferimento remoto) e l'Intelligenza Artificiale per l'analisi delle immagini retiniche e dell'OCT. In sintesi, «Uno dei principali ostacoli allo screening del glaucoma è il rapporto costo-efficacia dell'individuazione dei casi, derivante dalla bassa prevalenza della malattia e dalla complessità della diagnosi. Lo screening mirato, così come lo screening multilivello, possono ridurre il tasso di falsi positivi e aumentare l'efficacia in termini di costi del programma. La te-

lemedicina, la disponibilità di test genetici e punteggi di rischio poligenico e l'intelligenza artificiale offrono l'opportunità di nuovi programmi di screening del glaucoma in strutture di assistenza primaria, portatili e domiciliari e saranno utili per ridurre i costi, identificare i pazienti che necessitano di cure urgenti e consentire una diagnosi tempestiva e un intervento precoce. Sono necessari studi clinici per dimostrare l'effetto a lungo termine di uno screening mirato sull'incidenza del glaucoma in tutto il mondo»³⁶.

Anche lo screening di massa sistematico per la degenerazione maculare legata all'età (DMLE) non è validato (né "raccomandato" o "universalmente accettato"), in quanto non ci sono evidenze sufficienti sulla convenienza del rapporto costo-efficacia. Nel 2023 è stata svolta una revisione sistematica³⁷ di studi osservazionali comparativi per valutare l'efficacia degli





screening rispetto a nessuno screening o qualsiasi altra strategia per la diagnosi precoce della DMLE negli adulti di età pari o superiore a 50 anni. Su 5.290 studi individuati, solo tre di essi (per un totale di 8.733 individui e 16.780 occhi) soddisfacevano i criteri di inclusione. Tale revisione ha evidenziato che **dagli studi disponibili non è possibile ottenere prove solide e conclusive a favore dello screening di routine nella popolazione generale**, soprattutto a causa delle limitazioni metodologiche (campioni di piccole dimensioni, follow-up brevi o metodi di screening non ottimali, etc.) di molti di essi e che, quindi, sono necessari ulteriori ricerche randomizzate e controllate di alta qualità; mancano prove sufficienti anche per screening “stratificati per fattori di rischio” che potrebbero essere eseguiti su popolazioni di soggetti asintomatici con specifici fattori di rischio per la malattia.

Di fatto nella DMLE mancano i presupposti essenziali per uno screening di massa: non è definita una fase pre-sintomatica³⁸ rilevabile con un test economico, non invasivo e altamente predittivo e non è disponibile un trattamento efficace curativo o preventivo per la DMLE precoce. Sotto il profilo epidemiologico la DMLE presenta un “iceberg phenomenon” consistente in una quota “emergente” di pazienti sintomatici, ed una quota “sommersa”, di gran lunga più numerosa dell’altra, di soggetti con lesioni degenerative retiniche legate all’età del tutto asintomatiche, di cui solo alcune potenzialmente evolutive verso un danno anatomo-funzionale visivo invalidante: l’obiettivo ottimale è individuare e trattare questi soggetti. Purtroppo, le tecnologie diagnostiche ed i sistemi standardizzati di classificazione e stadiizzazione del rischio disponibili (per es., la scala di gravità AREDS³⁹), non sono adatte ad uno screening



di massa, e, per quanto attiene al trattamento, non esistono terapie efficaci e ampiamente applicabili per “risolvere” o “bloccare” l’evoluzione della DMLE in fase iniziale. Le vitamine ed i minerali antiossidanti ad alto dosaggio, che lo studio AREDS e AREDS2 (AREDS Research Group, 2001; AREDS2 Research Group, 2013) hanno dimostrato essere utili per rallentare, in una certa percentuale di casi, la progressione da DMLE intermedia a DMLE avanzata (senza dimostrati effetti sulla insorgenza delle lesioni o sulla loro regressione), non trovano indicazione per un uso su vasta scala non potendosi individuare in maniera certa con uno screening di massa lo specifico target (pazienti affetti da AMD intermedia o avanzata monolaterale) e dovendosi quindi ritenere l’uso “non mirato” di tali sostanze scientificamente ingiustificato e potenzialmente dannoso⁴⁰.

Per uno screening di massa costo-efficace per la DMLE, si dovranno attendere innanzitutto tecnologie diagnostiche che non solo identifichino precocemente i segni della malattia con un’elevata predittività, in modo rapido, non invasivo, a basso costo e con un’analisi automatizzata in grado di stratificare il rischio per un riferimento mirato. **La ricerca in intelligenza artificiale applicata all’imaging retinico è il fronte più promettente** per raggiungere questi obiettivi. In pratica, necessitano tecnologie capaci di rilevare e quantificare con estrema precisione biomarcatori subclinici che siano altamente predittivi di progressione verso l’AMD avanzata, ben prima che si manifesti un deficit visivo, come, per esempio, il Drusen phenotype (che consente di distinguere le Pseudodrusen reticolari, le Drusen con nucleo ipo-riflettente, le Pachydrusen, le

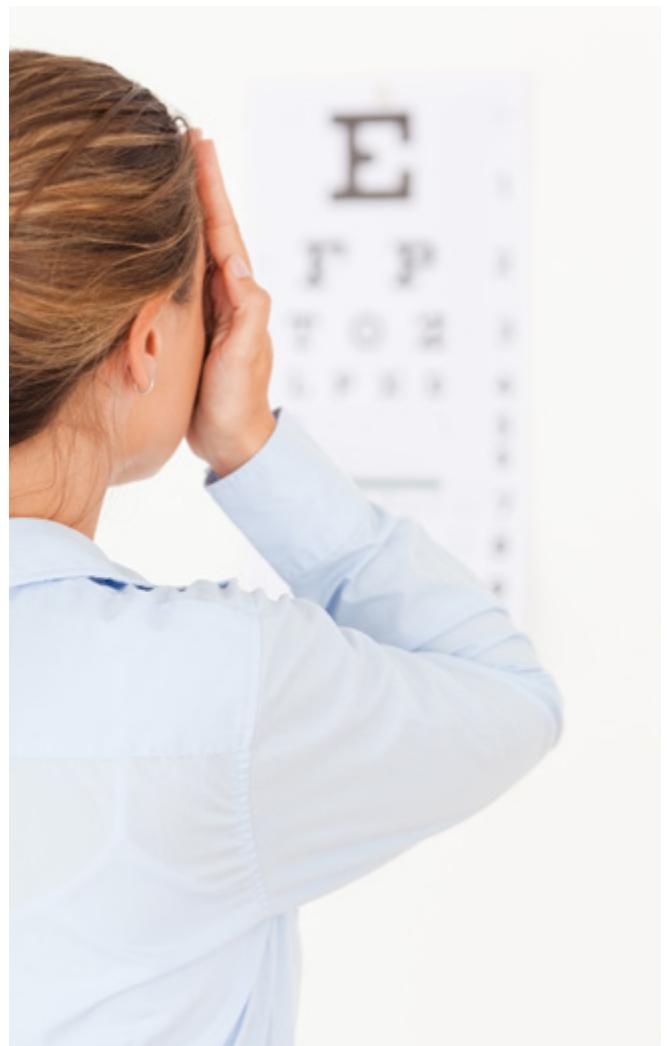
Drusen Cuticolari, etc.), le disfunzioni dell'epitelio pigmentato retinico, i processi infiammatori attivi o di disregolazione del complemento a livello retinico o sistematico, l'integrità dei fotorecettori e del complesso corio-capillare etc.

Attualmente la pietra angolare della prevenzione rimane l'esame oculistico completo, con cui attuare lo screening opportunistico o di rilevazione precoce soprattutto in soggetti con specifici fattori di rischio in anamnesi personale e/o familiare. In conclusione, mentre per diverse patologie oculari (infettive, come la Sindrome da Rosolia Congenita Oculare, o degenerative acquisite, come la cataratta indotta da farmaci e radiazioni, o traumatiche, o anche da altre cause) è possibile attuare una reale prevenzione primaria, il panorama è radicalmente diverso per le patologie oculari con il maggiore impatto epidemiologico ed economico, quali il glaucoma, la cataratta senile, la retinopatia diabetica, la degenerazione maculare legata all'età e le malattie neuro-vascolari oculari) per le quali, a tutt'oggi, non è attuabile una prevenzione primaria specifica mirata alla causa e, spesso, fallisce anche la prevenzione secondaria attraverso una diagnosi "precoce" o "tempestiva"⁴¹.

*Per molte delle patologie oculari croniche menzionate, la "prevenzione" si traduce primariamente nel rallentamento della progressione della malattia. Questo è possibile attraverso **diagnosi "tempestive"**, che dipendono in modo critico dalla partecipazione attiva e consapevole del paziente. In queste condizioni, spesso caratterizzate da un'insorgenza subdola e una progressione inizialmente asintomatica (come nel glaucoma o nelle fasi iniziali della DMLE), la **capacità del paziente** di riconoscere i primi, anche lievi, sintomi e la consapevolezza dell'importanza di controlli oculistici periodici (anche in assenza di sintomi evidenti) sono elementi fondamentali per accedere alla diagnosi e al trattamento prima che si verifichino danni irreversibili o significativi. Altrettanto fondamentale rimane la **lotta ai fattori di rischio generali** (fumo, consumo eccessivo di alcol, obesità, sedentarietà, ipertensione e dislipidemie, insani stili di vita e comportamenti): sarebbe auspicabile che il contrasto a tali fattori di rischio non si limitasse all'istruzione/educazione sanitaria a livello individuale ma comprendesse anche la promozione/implementazione di cambiamenti sociali, economici e ambientali volti a creare condizioni di vita*

*che precludano all'origine l'insorgenza di tali fattori di rischio – ciò che si definisce **Prevenzione Primordiale** (vedi prima parte). In sintesi, l'attuale paradigma della prevenzione in oftalmologia si articola su due pilastri interconnessi:*

Servizi sanitari assistenziali pubblici di qualità e accessibili che offrano prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative tempestive, sicure ed efficaci e parallelamente promuovano attivamente l'istruzione e l'educazione sanitaria a tutti i livelli della popolazione, sensibilizzando i cittadini sull'importanza del riconoscimento dei sintomi precoci e dei controlli periodici.



Self-protection individuale e ruolo del cittadino: la prevenzione non può prescindere dalla responsabilità del singolo cittadino. La sua “cultura” della salute e il suo stile di vita giocano un ruolo cruciale e insostituibile nella tutela della propria salute e di quella della collettività.

Questa sinergia tra interventi a livello di sistema e “partecipazione” individuale è attualmente la via maestra per contrastare l’impatto crescente delle patologie oculari croniche sulla salute pubblica e sull’economia.

Ed a tal proposito segnaliamo che in una recente intervista rilasciata in occasione dell’ultima Giornata Mondiale della Salute (evento previsto dall’OMS per il 7 aprile di ogni anno), il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha affermato che bisogna «riflettere sul passaggio dal diritto alla salute al dovere alla salute», aggiungendo che «la salute non è solo un diritto personale ma anche una responsabilità sociale» e che «il dovere alla salute implica quindi l’adozione di comportamenti responsabili da parte dei cittadini»⁴². Queste autorevoli prese di posizione (peraltro in linea con l’assioma *Participation Is Essential to Sustain Health Promotion Action* enunciato dall’OMS), avvalorano quanto da noi sostenuto nella prima parte, ovvero che «la promozione della salute necessita dell’adesione consapevole e della partecipazione attiva dei singoli individui». Certamente lo “stile di vita” non si può imporre, ma si possono e si devono promuovere condizioni culturali, socioeconomiche, ambientali, etc. che facilitino scelte sane, incentivando anche il senso di partecipazione e di responsabilità dei singoli e proponendo l’idea che, in un contesto di solidarietà sociale dove l’assistenza sanitaria è un servizio finanziato da tutti, **il contributo individuale alla difesa della salute, oltre che una scelta conveniente, può essere percepito anche come una sorta di “dovere etico”**.

NOTE DI CHIUSURA

1. 1 Pubblicata in *Oftalmologia Sociale-Rivista di Sanità Pubblica*, Anno XLIV – n.1 - 2025
2. 2 “Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”
3. 3 L’Assemblea Mondiale della Sanit. (WHA - World Health Assembly) . l’organo decisionale supremo dell’Organizzazione Mondiale della Sanit. (OMS), dove tutti i 194 Stati membri si riuniscono per stabilire le politiche e le priorit. sanitarie globali.
4. 4 Le Risoluzioni dell’Assemblea Mondiale della Sanit. vengono indicate con una sigla alfanumerica standardizzata, seguita dal titolo della risoluzione e dall’anno di adozione. La sigla . composta da WHA (acronimo di “World Health Assembly”), Numero della Sessione della WHA, Numero che indica l’ordine in cui la risoluzione . stata adottata durante quella specifica sessione.
5. 5 Tale interesse . dovuto essenzialmente al fatto che nei LMICs vive all’incirca il 90% delle persone non vedenti o ipovedenti, la maggior parte delle quali soffre di patologie (es. cataratta non operata, difetti refrattivi non corretti, tracoma, retinopatia diaabetica non gestita, carenza di vitamina A) prevenibili o trattabili con interventi relativamente semplici ed economici.
6. 6 Le risoluzioni WHA22.29 (1969) sui Regolamenti Sanitari Internazionali e WHA25.55 (1972) sulla responsabilit. internazionale degli Stati in relazione all’ambiente, pur non essendo specificamente indirizzate all’oftalmologia, stabiliscono principi e azioni (come il controllo delle malattie infettive o la protezione ambientale) che hanno ricadute dirette e indirette significative sulla prevenzione e il controllo delle patologie oculari.
7. 7 Fondata nel 1975 a Londra, l’International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB) . un Ente che riunisce oltre 250 organizzazioni (enti di beneficenza internazionali, ospedali oculistici, istituti accademici, organismi professionali e organizzazioni aziendali) in oltre 100 paesi, che si dedicano alla prevenzione della cecità e del deficit visivo. In Italia, esiste una sezione specifica, la IAPB Italia ETS, che promuove attività di prevenzione, diagnosi precoce, riabilitazione visiva e informazione per la salute degli occhi.
8. Nata originariamente nella campagna Sight First del Lions Club International Foundation (LCIF), iniziativa lanciata nel 1990 in risposta alla sfida di Helen Keller del 1925, che invit. i Lions a diventare “cavalieri dei ciechi nella crociata contro l’oscurità.”; ha avuto un grande impatto ed ottimi risultati a livello globale. Sight First. stato un membro dell’iniziativa globale VISION 2020

9. 9 Il Consiglio Esecutivo dell'OMS . un organo composto da 34 membri tecnicamente qualificati con un mandato di tre anni, la cui funzione principale . quella di attuare le decisioni e le politiche dell'Assemblea Mondiale della Sanità.
10. 10 Il Global Action Plan 2014-2019 . stato adottato dalla 66. Assemblea Mondiale della Sanità. il 24 maggio 2013 con la Risoluzione WHA66.4.
11. 11 World report on vision. Geneva: World Health Organization;2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Dal World report on vision scaturita la risoluzione WHA73.4 del 2020 (Integrated people-centred eye care, including preventable vision impairment and blindness) che impegna gli Stati membri a rendere l'assistenza oculistica una componente fondamentale della Copertura Sanitaria Universale (Universal Health Coverage, UHC).
12. 12 Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU, noti come Sustainable Development Goals (SDGs), sono un insieme di 17 obiettivi globali adottati nel settembre 2015 dai 193 Paesi membri delle Nazioni Unite e costituiscono un piano d'azione globale, universale e inclusivo, che mira a migliorare la vita delle persone e la salute del pianeta, senza lasciare indietro nessuno, entro il 2030
13. 13 La Copertura Sanitaria Universale (Universal Health Coverage, UHC) si basa su un principio fondamentale della sanità pubblica globale che prevede che tutte le persone abbiano accesso ai servizi sanitari di cui hanno bisogno, quando ne hanno bisogno, senza barriere economiche. La Copertura Sanitaria Universale . uno degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) delle Nazioni Unite (Obiettivo 3: "Salute e Benessere") per il 2030.
14. 14 Package of eye care interventions. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. 15 La strategia del PECI si articola su quattro linee fondamentali: coinvolgere e responsabilizzare le persone e le comunità, riorientare il modello di cura basato su una forte assistenza primaria, coordinare i servizi all'interno e tra i settori, creare un favorevole ambiente, economico, strutturale etc.,
16. l'OMS ha pubblicato anche un manuale pratico per gli screening: Vision and eye screening implementation handbook. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. Acronimo che indica i cinque punti strategici dell'iniziativa: Services, Personnel, Education, Cost, Surveillance
18. In ottemperanza alla Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2021 (WHA74.3)
19. "Appropriatezza nella prevenzione, diagnostica e terapia in oftalmologia ", Quaderni del Ministero della Salute, n. 11 settembre - ottobre 2011
20. Ibidem, "In campo oftalmologico, in reale., la divisione in prevenzione primaria, secondaria e terziaria non . mai stata applicata in maniera veramente efficace", pag. XVI.
21. Organismo consultivo e di supporto tecnico-scientifico operante presso il Ministero della Salute, all'interno della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.
22. Articolo 38, comma 2, del DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15). Il test . fortemente raccomandato ma giuridicamente non "obbligatorio", come invece sono gli screening metabolici neonatali imposti dalla Legge 19 agosto 2016, n. 167 "Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie".
23. Diabetic retinopathy screening: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
24. In particolare si evidenzia che la RD . un importante problema di sanità pubblica (1° principio), che la storia naturale della RD . adeguatamente compresa e c' . una fase latente o sintomatica precoce riconoscibile (4° e 7° principio) e che ci sono politiche condivise su quali pazienti trattare e trattamenti accettati basati sull'evidenza (2° e 8°)
25. La disponibilità dell'OCT come test di screening consente di ridurre gli invii non necessari alle strutture ospedaliere, garantendo altresì il trattamento più tempestivo per i casi più urgenti.
26. Le immagini delle retine sono classificate con il sistema RxMx: R0 = No retinopathy, R1 = Background retinopathy, R2 = Pre-proliferative retinopathy R3A = Active proliferative retinopathy, R3S = Stable proliferative retinopathy, M0 = No maculopathy, M1 = Maculopathy.
27. R0-M0: Routine Annual Screening, R1-M0: Routine Annual Screening, R0/R1-M1: Refer to Hospital Eye Service (HES), R2-M0/M1: Refer to HES, R3A-M0/M1: Urgent Refer to HES (within 2 weeks), R3S-M0/M1: Continued HES Follow-up (may eventually return to DESP if very long-term stable), N/A (Images of insufficient quality for grading): Recall for rescreening (within 3 months; if persistently ungradable, Refer to HES).

28. Inizialmente, lo screening era annuale per tutti. Dall'ottobre 2023, le persone senza segni di retinopatia diabetica in due test di screening consecutivi vengono ora esaminate ogni 2 anni.
29. Package of eye care interventions. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. Romeo F. Screening della Retinopatia Diabetica: strumenti, linee guida, percorsi e innovazioni. JAMD 27:229-233, 2024.
31. Per esemplificare questo concetto statistico, ipotizziamo uno screening su una popolazione di 100.000 ultraquarantenni in cui la prevalenza della mattia sia del 2,4%, con un test (tonometria con valore soglia di 21 mm Hg) con sensibilit. (capacit. di identificare i veri positivi) dell'80% e specificit. (capacit. di individuare i veri negativi) del 90%. Avremmo i seguenti risultati. Malati: $100.000 \cdot 2,4\% = 2.400$, Sani: $100.000 - 2.400 = 97.600$, Veri Positivi (malati che il test identifica correttamente come positivi): $2.400 \cdot 80\% = 1.920$ persone, Veri Negativi (sani identificati correttamente come negativi): $97.600 \cdot 90\% = 87.840$, Falsi Negativi (malati che il test non identifica e classifica erroneamente come sani): $2.400 - 1.920 = 480$ persone, Falsi Positivi (sani che il test identifica erroneamente come malati): $97.600 - 87.840 = 9.760$ persone
32. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for glaucoma: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2013 Oct 1;159(7):484-9. doi: 10.7326/0003-4819-159-6-201309170-00686. PMID: 24325017.
33. US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmow D, Coker TR, Davis EM, Donahue KE, Epling JW Jr, Ja.n CR, Krist AH, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Ruiz JM, Simon MA, Stevermer J, Wong JB. Screeening for Primary Open-Angle Glaucoma: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2022 May 24;327(20):1992-1997. doi: 10.1001/jama.2022.7013. PMID: 35608574.
34. Newman-Casey PA, Hark LA, Rhodes LA. It Is Time to Rethink Adult Glaucoma Screening Recommendations. J Glaucoma. 2023 Feb 1;32(2):69-71. doi: 10.1097/IJG.0000000000002146. Epub 2022 Nov 25. PMID: 36696354; PMCID: PMC10108578.
35. La Settimana Mondiale del Glaucoma . un'iniziativa congiunta dell'Associazione Mondiale del Glaucoma (WGA) e dell'Associazione Mondiale dei Pazienti con Glaucoma (WCPA), cui partecipano Societ. Nazionali di Oftalmologia, Societ. di Glaucoma (come SIGLA in Italia), Gruppi di Sostegno ai Pazienti (come IAPB Italia Onlus), Ospedali e Cliniche Oftalmologiche, Oftalmologi e Optometristi Individuali, Istituzioni Accademiche
36. Moghimi S, Weinreb RN. Screening of Glaucoma: Consensus and Directions. J Glaucoma. 2024 Aug 1;33(Suppl 1): S75-S77.
37. Gomes DF, Curado DDSP, Gomes RM, Leite BF, Ramos MC, Silva END. Clinical effectiveness of screening for agerelated macular degeneration: A systematic review. PLoS One. 2023 Nov 16;18(11):e0294398. doi: 10.1371/journal.pone.0294398. PMID: 37971992; PMCID: PMC10653496
38. In realt., la DMLE ha una fase preclinica, caratterizzata da specifiche alterazioni retiniche precoci (drusen e, pi. recentemente riconosciute, pseudodrusen reticolari o depositi drusenoidi sotto-retinici) la cui presenza, per., da sola non . un segno predittivo affidabile della progressione verso l'AMD avanzata: molti individui con drusen da piccole a intermedie potrebbero non sviluppare mai una malattia che metta a rischio la vista. (Ferris et al., 2013; Sadda et al., 2018).
39. "A Simplified Severity Scale for Age-Related Macular Degeneration: AREDS Report No. 18". Si distinguono 4 Categorie di rischio. Cat. 1: No drusen o drusen piccole (<63 µm di diametro), no alterazioni pigmentarie = Nessuna AMD (Rischio molto basso); Cat. 2: numerose drusen piccole alcune drusen intermedie ($\geq 63 \mu m$ e $< 125 \mu m$ di diametro), no atrofia geografica o AMD neovascolare = AMD Precoce (Rischio basso); Cat. 3: numerose drusen intermedie oppure almeno una drusen grande ($\geq 125 \mu m$ di diametro) oppure atrofia geografica non centrale, no AMD neovascolare = AMD Intermedia (Rischio moderato); Cat 4: atrofia geografica centrale (coinvolgente la fovea), oppure AMD neovascolare = AMD Avanzata (Rischio elevato)
40. Stato dimostrato che l'assunzione di beta-carotene, presente nella prima formulazione AREDS, aumentava il rischio di cancro al polmone nei fumatori e negli ex-fumatori (per questo motivo AREDS2 ha sostituito il beta-carotene con luteina e zeaxantina). Inoltre l'elevata dose di zinco (80 mg) nella formulazione AREDS pu. causare disturbi gastrointestinali, problemi renali a lungo termine e interferenze con l'assorbimento del rame.
41. Si richiama la differenza tra Diagnosi Precoce (identificazione di una malattia in fase pre-clinica) e Diagnosi Tempestiva (identificazione di una malattia al suo primo apparire). Non tutte le malattie sono diagnosticabili in fase pre-clinica.
42. <https://www.sanitainformazione.it/7-aprile-dal-diritto-all salute-al-dovere-di-proteggerla-intervista-al-ministroorazio-schillaci>



welfair
La fiera
del fare Sanità

6^a edizione
4-5-6-7
NOVEMBRE
2025



PER AMORE DELLA VISTA

IAPB Italia ETS affronta il futuro della salute visiva a Welfair, fiera del fare Sanità tra il 4 e il 7 novembre 2025 a Fiera di Roma

È POSSIBILE UN NUOVO MODELLO PER L'OCULISTICA PUBBLICA?

L'oculistica è tra le discipline più richieste in Italia e la cataratta è l'intervento chirurgico in assoluto più frequente al mondo. Quello della salute visiva è, anche, un ambito ultra-specialistico nel quale la maggioranza delle prestazioni possono essere erogate solo ed esclusivamente da un medico oftalmologo. L'oculistica non è, però, se non in casi rari, e nonostante l'impatto sociale e personale della perdita della vista sia altissimo, una specialità salva-vita. Per questo è stata progressivamente sacrificata nell'allocazione delle risorse. Ora, questo progressiva emarginazione ha raggiunto una soglia critica. L'oculistica pubblica ha abbandonato al privato ampi settori di prestazioni – lenti e occhiali in primis; la cataratta – per la quale le liste di attesa superano i due anni – a breve; i posti letto nei reparti sono azzerati; l'accesso agli oculisti sul territorio è frammentario; la possibilità degli specialisti ambulatoriali di prendere in carico i pazienti sul lungo periodo molto difficoltosa.

Esiste un'alternativa? Quali nuovi modelli è possibile pensare per garantire la diagnosi precoce e la cura delle malattie che fanno perdere la vista? Come riorganizzare l'assistenza territoriale? E a cosa si dovrà rinunciare?

VENERDÌ 7 NOVEMBRE 2025 h. 10.30 – 13.00



INQUADRA
E SCOPRI
IL SITO UFFICIALE
romawelfair.it

Fiera di Roma
#welfair2025

romawelfair.it



Come IAPB Italia ETS utilizza il tuo 5x1000

Ogni contributo è un gesto di fiducia.

Con il tuo 5x1000 portiamo avanti azioni concrete per la prevenzione, l'informazione e la tutela della salute visiva, in tutta Italia.

Ecco cosa rendi possibile, ogni giorno:



Consulenza oculistica a distanza: attraverso il Forum online su iapb.it e la Linea Verde 800 06 85 06



Campagne di controlli oculistici gratuiti sul territorio: la prevenzione per difendere la vista.



Riabilitazione visiva per adulti e bambini ipovedenti: nel Polo Nazionale di Ipo visione e Riabilitazione Visiva



Al fianco della sanità pubblica: per promuovere il diritto alla salute visiva, soprattutto nelle fasce più vulnerabili.

Perché il tuo 5x1000 fa la differenza

Ci permette di agire dove serve.

Ci permette di farlo ogni giorno, per tutti.

**Insieme possiamo proteggere la tua vista.
Dona il tuo 5x1000 a IAPB Italia ETS**

Codice fiscale: 80210310589