

2 2026
APRILE-GIUGNO



IAPB
ITALIA
ETS

PER AMORE DELLA VISTA

OgS

**OFTALMOLOGIA
SOCIALE**

SPECIALE TELEMEDICINA
La trasformazione digitale
dell'oculistica

RIABILITAZIONE VISIVA
Dalla cura
alla presa in carico

OCULISTICA E SSN
Il ruolo
del convenzionato

OCCHI PROTETTI?

Solo un saggio capisce
come godersi il sole!

LA PREVENZIONE NON VA IN VACANZA.



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

La prevenzione
non va
in vacanza



D'ESTATE SOLE, VENTO, SABBIA E DISIDRATAZIONE POSSONO METTERE A RISCHIO LA SALUTE DEI TUOI OCCHI. INDOSSA OCCHIALI DA SOLE CERTIFICATI, PROTEGGITI NELLE ORE PIÙ CALDE E RICORDATI DI BERE ACQUA. POCHI GESTI SEMPLICI PER GODERTI LA VACANZA SENZA PERDERE DI VISTA LA PREVENZIONE.



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

Numero Verde
800-06 85 06

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

scopri di più su **laprevenzionenonvainvacanza.it**

SPORT: RIABILITAZIONE VISIVA E INCLUSIONE, FIRMATI A ROMA PROTOCOLLI OPERATIVI TRA IAPB ITALIA, UICI E FISPIC

Rafforzare il legame tra sport paralimpico, prevenzione visiva e inclusione sociale: è questo l'obiettivo dei due protocolli d'intesa siglati in data 5 maggio 2026 a Roma negli uffici del Ministro per lo Sport e i Giovani, **Andrea Abodi**, tra la Fondazione Sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità (IAPB Italia ETS), Federazione Italiana Sport Paralimpici Ipovedenti e Ciechi (FISPIC) e l'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti ETS-APS (UICI). I due protocolli rappresentano un grande passo verso la costruzione di un sistema integrato che valorizza lo **sport come strumento di benessere, riabilitazione e partecipazione attiva per le persone con disabilità visiva**.

L'intesa tra **IAPB Italia e FISPIC** punta a integrare competenze cliniche e sportive con particolare attenzione alla classificazione visiva degli atleti, elemento essenziale per la partecipazione paritaria alle competizioni paralimpiche. In questo ambito, il Polo Nazionale di Ipovisione della Fondazione IAPB Italia, centro collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, localizzato presso il **Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma**, svolgerà un ruolo centrale nell'organizzazione delle visite di classificazione e nella valutazione diagnostica e funzionale degli atleti. L'accordo prevede inoltre attività congiunte di formazione del personale medico e lo sviluppo di un centro studi dedicato al rapporto tra sport e riabilitazione visiva. Il protocollo tra UICI e FISPIC **rafforza il lavoro comune sul piano associativo, territoriale e promozionale** con l'obiettivo di diffondere la pratica sportiva tra le persone con disabilità visiva. Tra i punti qualificanti, l'istituzione di una Commissione Paritetica nazionale permanente per attuare strategie comuni di sviluppo, organizzare almeno un evento sportivo annuale di alto livello, realizzare iniziative di sensibilizzazione pubblica e definire percorsi condivisi di formazione di istruttori e

praticanti e partecipazione a progetti di reciproco interesse. Particolare attenzione è riservata all'**accessibilità alla pratica sportiva per tutti e alla capillare diffusione delle iniziative sul territorio**, grazie alla rete delle sezioni UICI presenti in tutte le province d'Italia.

“Questo accordo rappresenta un esempio concreto di come la riabilitazione visiva e il benessere sociale promosso tramite lo sport debbano procedere insieme per avere i migliori risultati – ha dichiarato **Mario Barbuto Presidente di UICI e della Fondazione IAPB Italia**, –. Mettiamo a disposizione le alte competenze scientifiche e cliniche del nostro Polo Nazionale, nonché i valori più elevati di solidarietà e di sostegno, sia per addestrare le capacità motorie e migliorare il controllo dello spazio da parte degli atleti con disabilità visiva, sia per accrescere i momenti di socializzazione e partecipazione attiva, due aspetti valorizzati dallo sport in quanto strumento straordinario di autonomia, socialità e crescita da diffondere e rendere accessibile a tutti”.

“Le sinergie attivate con l'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti e con la Fondazione IAPB Italia ci permettono da un lato di rafforzare ulteriormente il ruolo dello sport come leva di inclusione – ha affermato il **Presidente della FISPIC, Silverio Alviti** – attraverso una maggiore promozione su tutto il territorio nazionale e dall'altro di definire procedure certe e uniformi per i percorsi di classificazione visiva dei nostri atleti in conformità degli standard internazionali promuovendo altresì iniziative formative e scientifiche”.

Con la firma dei due protocolli, IAPB Italia, UICI e FISPIC confermano il proprio impegno nel promuovere politiche integrate per la **salute, l'inclusione e lo sviluppo** dello sport paralimpico ed esprimono sentimenti di gratitudine nei confronti del Ministro Andrea Abodi per la sensibilità e l'attenzione dedicate al tema.

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

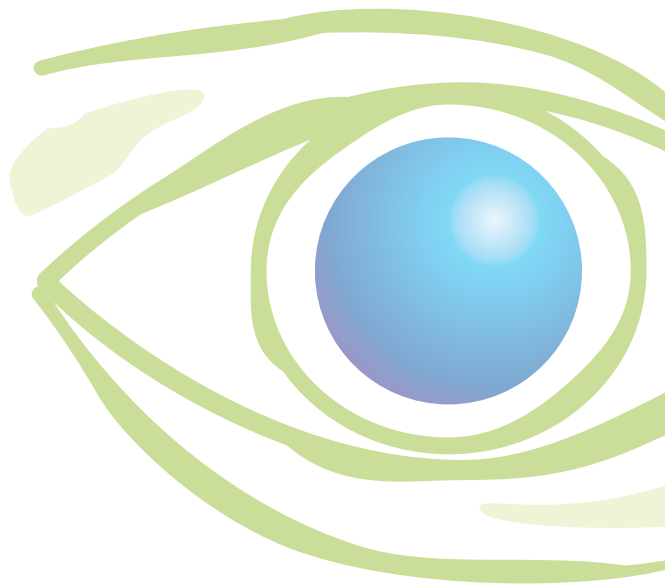
Registrazione della testata: Tribunale di Roma N. 16799.

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

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



L'EDITORIALE

7 GOVERNARE IL CAMBIAMENTO, PROTEGGERE LA VISTA

A cura di IAPB Italia ETS

SPECIALE TELEMEDICINA



8

LA TRASFORMAZIONE DIGITALE DELL'OCULISTICA

A cura di IAPB Italia ETS



9

OLTRE IL VISUS: LA NUOVA VISTA DEL DIGITAL LEADER NELL'OCULISTICA ITALIANA

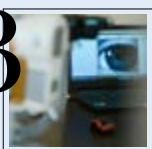
Sergio Pillon



11

TELEMEDICINA E INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN OCULISTICA: OPPORTUNITÀ, LIMITI E RESPONSABILITÀ

Roberto Perilli



13

LA SANITÀ PUBBLICA VERSO LA E-HEALTH: LA TELEMEDICINA E IL MONDO OFTALMICO

Filippo Cruciani, Federico Marmo



20

DALLA CURA
ALLA PRESA
IN CARICO

RIABILITAZIONE VISIVA E IPOVISIONE: RUOLO CLINICO, ORGANIZZATIVO E SOCIALE NEL CONTINUUM ASSISTENZIALE OFTALMOLOGICO

Laura Giorico

28

IL SSN: SCENARI
POSSIBILI

OCULISTICA E SISTEMI DI OFFERTA SANITARIA: CRITICITÀ, SOSTENIBILITÀ E RUOLO DEL CONVENZIONATO

A cura di IAPB Italia ETS

32

ARTE E VISIONE

LA MERAVIGLIA A PORTATA DI MANO

A cura di IAPB Italia ETS

35

ATTUALITÀ:
USA E OMS

L'USCITA DEGLI STATI UNITI D'AMERICA DALL'OMS: NUOVE OMBRE SULLA SALUTE GLOBALE

Valeria Iannucci

40

RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE

L'ACCERTAMENTO DELLA RESPONSABILITÀ SANITARIA NELL'EVENTO AVVERSO: L'HINDSIGHT BIAS

Federico Marmo
Ester Piegari

44

ARTICOLO
SCIENTIFICO

RIFLESSIONI ETICO-SOCIOLOGICHE SULLA SOSTENIBILITÀ DI SERVIZI SANITARI UNIVERSALISTICI

Federico Marmo
Filippo Cruciani

ERRATA CORRIGE

49 BIBLIOGRAFIA DELL'ARTICOLO "SOSTENIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI E LOTTA AGLI SPRECHI: LA SITUAZIONE DELL'OFTALMOLOGIA"

OS

OFTALMOLOGIA SOCIALE RIVISTA DI SANITÀ PUBBLICA

Rivista di Sanità Pubblica Anno L - n. 2 - 2026

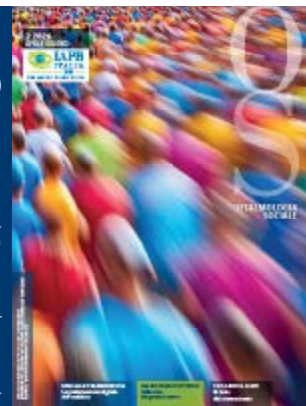
Grafica: **GStrategy Srls** Roma

Stampa: **WORK'S srl** Roma

Chiuso in redazione: 23 giugno 2026

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

COPERTINA



S
O
M
M
A
R
I
O

EDIT ORI ALE

IAPB

GOVERNARE IL CAMBIAMENTO, PROTEGGERE LA VISTA

La salute visiva si trova oggi al centro di una trasformazione profonda. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, la pressione crescente sulle liste d'attesa e la difficoltà di garantire una presa in carico continua impongono alla sanità una riflessione non più rinviabile: non basta curare meglio, occorre organizzare meglio la cura.

È in questo scenario che la telemedicina, l'intelligenza artificiale e gli strumenti digitali possono rappresentare un'opportunità importante. Ma la trasformazione digitale non può essere ridotta all'introduzione di nuove tecnologie. Un software, una piattaforma o un algoritmo non bastano, da soli, a rendere più equo ed efficace un sistema sanitario. Perché l'innovazione produca salute, deve essere governata: servono formazione, responsabilità clinica, interoperabilità dei dati, standard condivisi e percorsi capaci di integrare territorio, specialisti, ospedali e pazienti.

L'oftalmologia è una delle discipline che più ha e può beneficiare dall'innovazione. La disponibilità di esami strumentali digitali, il supporto diagnostico dell'AI, la possibilità di refertare immagini a distanza, il tele-monitoraggio delle patologie croniche, le nuove lenti e tecniche chirurgiche possono contribuire a migliorare prevenzione e accesso alle cure.

Tuttavia, proprio perché la vista è un bene fragile e insostituibile, ogni innovazione deve restare al servizio della persona e non sostituire il giudizio del medico, la relazione di cura e la valutazione clinica in presenza quando necessaria.

Questo numero di *Oftalmologia Sociale* affronta il tema della trasformazione da più prospettive. La telemedicina viene analizzata nelle sue potenzialità, ma anche nei suoi limiti organizzativi, tecnici e medico-legali. La riabilitazione visiva viene richiamata come parte essenziale

del percorso assistenziale della persona ipovedente, non come intervento residuale, ma come progetto individuale orientato all'autonomia, alla partecipazione e alla qualità della vita. Il rapporto tra sistema pubblico e strutture accreditate viene osservato alla luce della crescente domanda di prestazioni e della necessità di garantire sostenibilità, accessibilità e continuità. Anche l'accessibilità culturale, raccontata attraverso l'esperienza tattile della Cappella Sansevero, ricorda che inclusione significa rendere ordinario ciò che troppo spesso è ancora eccezione.

Sul fondo resta una questione comune: la salute non è mai soltanto un fatto tecnico. È organizzazione, responsabilità, giustizia, prossimità. Lo dimostrano anche le riflessioni dedicate alla salute globale e al ruolo dell'OMS, così come quelle sulla responsabilità professionale e sul rischio di giudicare la medicina soltanto a partire dagli esiti, dimenticando la complessità del contesto in cui ogni decisione clinica viene presa.

La sfida, dunque, non è scegliere tra tecnologia e umanità, tra presenza e distanza, tra pubblico e convenzionato, tra cura e riabilitazione. La sfida è costruire un sistema capace di tenere insieme questi elementi, orientandoli verso un obiettivo comune: proteggere la vista e, con essa, l'autonomia, la dignità e la partecipazione delle persone.

È questo il compito che *Oftalmologia Sociale* continua a sentire come parte della propria missione: aprire spazi di confronto, dare voce alle criticità, valorizzare le esperienze positive e contribuire a una cultura della prevenzione e della cura visiva più equa, consapevole e vicina ai bisogni reali dei cittadini.

Buona lettura,
La Redazione

A cura di IAPB Italia ETS

LA TRASFORMAZIONE DIGITALE DELL'OCULISTICA



L'innovazione digitale sta trasformando profondamente anche l'oculistica, aprendo nuove prospettive nella prevenzione, nella diagnosi e nella gestione delle patologie oculari. Telemedicina, intelligenza artificiale e strumenti digitali stanno modificando l'organizzazione dei servizi e il rapporto tra professionisti, pazienti e territorio.

Accanto alle opportunità emergono però nuove sfide: sostenibilità organizzativa, formazione del personale sanitario, governance dei dati e responsabilità clinica. Con questo approfondimento, *Oftalmologia Sociale* avvia un primo momento di confronto sul tema di-

gitalizzazione e innovazione in sanità e oculistica, raccogliendo contributi e riflessioni di professionisti impegnati nei processi di innovazione clinica e organizzativa.

In questo numero pubblichiamo i contributi del dott. **Sergio Pillon**, angiologo e clinico con lunga esperienza nella digitalizzazione sanitaria, e del dott. **Roberto Perilli**, Dirigente responsabile della UOS Oculistica Territoriale, ASL Pescara. La riflessione proseguirà nei prossimi numeri della rivista e sarà sviluppata anche nell'ambito di uno dei tavoli di lavoro di **Welfare 2026** dedicati all'innovazione in sanità.

Sergio Pillon, Angiologo

OLTRE IL VISUS: LA NUOVA VISTA DEL DIGITAL LEADER NELL'OCULISTICA ITALIANA

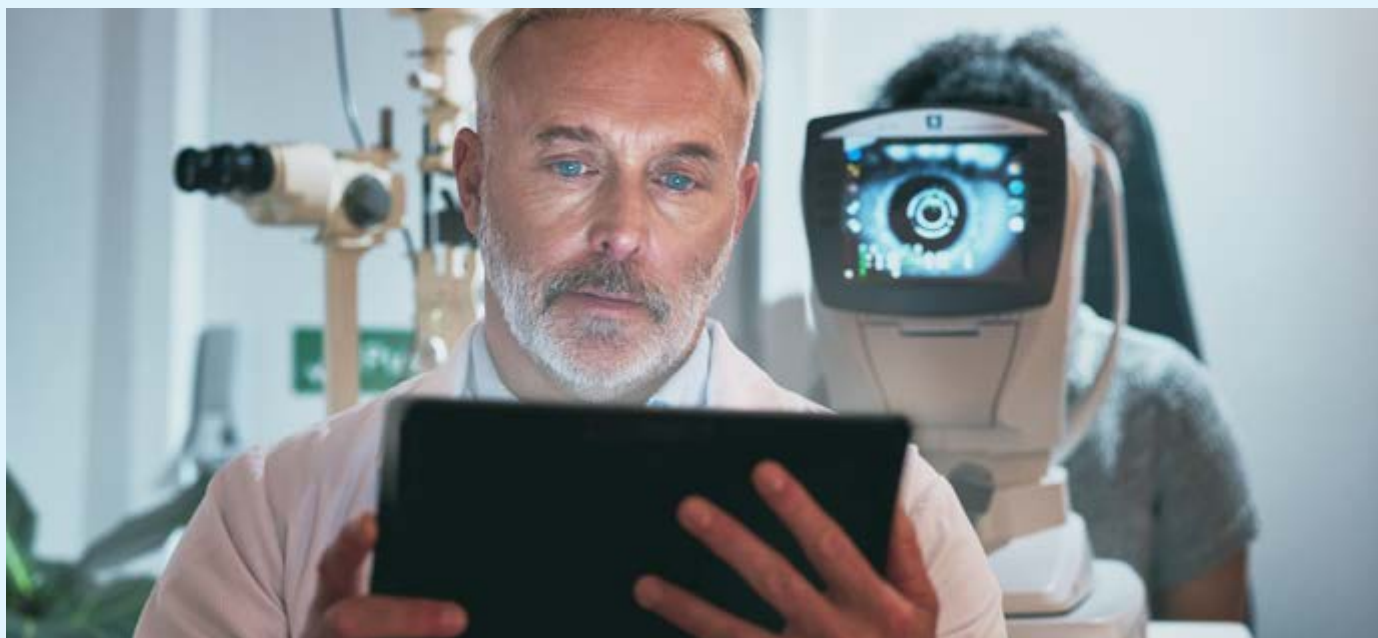
La sanità digitale in oftalmologia non è solo tecnologia, ma un nuovo modo di progettare la cura. Telemedicina e intelligenza artificiale possono migliorare accesso, prevenzione ed equità, rafforzando il ruolo del medico.



La sanità digitale non è l'acquisto di un nuovo software o di un retinografo di ultima generazione. Non è, parafrasando Alberto Felice De Toni, la semplice digitalizzazione di processi esistenti, spesso già inefficienti. È, al contrario, una disobbedienza di successo: un ripensamento radicale del modo in cui eroghiamo cura. In oculistica, questo cambio di paradigma è oggi un imperativo dettato dai numeri: **entro il 2030, un terzo degli italiani sarà over 65 e la multimorbilità sarà la norma, non l'eccezione.** I nostri occhi sono la prima frontiera di questa sfida.

Governare la trasformazione digitale in oftalmologia

I risultati dell'e-consensus RAND/UCLA che abbiamo condotto parlano chiaro: i clinici italiani sono pronti a delegare al digitale l'anamnesi, la refertazione e il follow-up, ma restano arroccati nel timore quando si parla di diagnosi complessa. È qui che entra in gioco la **Digital Leadership**. Il Leader non è l'esperto IT, è l'architetto sociotecnico che progetta un ecosistema dove tecnologia e umanità si fondono. Se il 75% dei progetti IT fallisce, non è per colpa dei server, ma per la mancanza di una visione che coinvolga le persone.



Il fattore umano: dai silos ai Clinical Champions

La vera sfida è culturale. Non possiamo pensare di implementare programmi di screening della retinopatia diabetica, come il modello britannico del Servizio Sanitario Britannico (NHS), senza formare un team multidisciplinare di coordinamento dell'innovazione dei percorsi di diagnosi e cura. Abbiamo bisogno soprattutto dei **Clinical Champions**: quei colleghi rispettati che, usando anche la telemedicina e l'intelligenza artificiale, dimostrano ai pari che la macchina non sostituisce l'occhio del clinico, ma lo potenzia, eliminando il rumore di fondo e riducendo le liste d'attesa.

La Roadmap: come non fallire al decollo

Per trasformare la pratica oculistica nelle aziende sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), serve un piano di volo preciso, come quello di un pilota di aliante che legge i venti della complessità:

- **Assessment della Readiness:** prima di partire, dobbiamo capire quanto siamo pronti. Senza competenze si genera ansia, senza incentivi si genera resistenza.
- **Focus sulle vittorie rapide (quick wins):** partiamo da ciò che il consensus definisce appropriato,

telerefertazione e teleconsulto per le patologie rare. Dimostriamo che funziona.

- **Integrazione, non sovrapposizione:** la tele oftalmologia deve parlare con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). L'interoperabilità è la nostra bussola.
- **Governance Etica dell'AI:** dobbiamo garantire algoritmi imparziali e trasparenza totale. L'etica non è un optional, è l'unico modo per ottenere la fiducia del paziente.

Il viaggio è appena iniziato

In Italia, la sanità è spesso vittima di una **frammentazione regionale che frena l'innovazione**. Ma le strutture d'eccellenza hanno oggi l'opportunità di guidare la trasformazione. La telemedicina in oculistica non è una visita di serie B, è l'unico strumento per garantire equità di accesso e prevenzione proattiva.

Come il pilota di un aliante, il Digital Leader deve saper leggere i venti della demografia e della tecnologia, adattando costantemente i comandi. La trasformazione digitale è un viaggio, non una destinazione, ed è tempo che l'oculistica italiana apra bene gli occhi sul futuro.

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

TELEMEDICINA E INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN OCULISTICA: OPPORTUNITÀ, LIMITI E RESPONSABILITÀ

In oculistica, la telemedicina offre opportunità importanti, ma richiede standard qualitativi, governance clinica e percorsi ben definiti. L'intelligenza artificiale può supportare lo screening, purché sia integrata con il giudizio dello specialista e con una corretta valutazione dell'urgenza

In ambito oculistico, la telemedicina stenta a trovare successo.

A considerazioni di carattere metodologico, che si basano sulla necessità - anche altrove ricordata - di un cambio di mentalità e l'emergere di generazioni sempre più native digitali che faciliteranno il processo, si affiancano obiettive difficoltà tecniche, che riguardano fondamentalmente le caratteristiche anatomiche del bulbo oculare, struttura molto piccola rispetto al resto del corpo, ma che racchiude numerosi tessuti e strutture, spesso in spazi molto ristretti, e con necessità di ingrandimento, tridimensionalità e resa cromatica inappuntabili.

Ciò che sembra facile in un setting sperimentale diventa però molto difficile nella diffusione di uno standard qualitativo, anche a livello territoriale, che risulti sicuro per i pazienti e per gli specialisti.

Finora, l'unica applicazione di telemedicina che ha trovato luogo in oculistica, in Italia e non solo, è stata il **teleconsulto**, inteso come refertazione a distanza di immagini digitali del fondo oculare, soprattutto in pazienti con diabete.

È stata la Gran Bretagna, ad inizio millennio, a varare il grande progetto di attuare uno screening della Retinopatia Diabetica (RD) in telemedicina. L'organizzazione è stata così capillare e la saggezza politica così grande da rendere la metodica uno screening nazionale offerto dal Servizio Sanitario Britannico (NHS), col risultato di sottoporre a screening retinografico digitale più dell'80% della popolazione diabetica, **in Italia poco oltre il 10%**, ma non ovunque, e di rimuovere la RD dall'essere la prima causa di cecità civile in Gran Bretagna.

In Italia, invece, sono state realizzate, e sono ancora in corso, iniziative a spot, non coordinate e non standardizzate.

Per tornare al rapporto tra telerefertazione e mondo della telemedicina in oculistica, l'applicazione è tra le più semplici da mettere in atto, in quanto si tratta di immagini sostanzialmente bidimensionali, come nei libri di testo e nelle diapositive sulle quali abbiamo studiato. L'insidia risiede, al netto delle caratteristiche di resa dell'immagine, proprio nella mancanza di tridimensionalità; mi riferisco alle applicazioni più comuni

e utilizzate, che può far sfuggire elementi anche decisivi, quali ad esempio gli edemi maculari, per i quali infatti si cerca di trovare dei surrogati che almeno creino il dubbio nella ricerca di tali lesioni.

Nella telemedicina trova terreno facile per l'innesto un altro ordigno nucleare dei tempi moderni: l'**Intelligenza Artificiale (IA)**. Come l'energia nucleare, l'IA può essere buona o cattiva, dipende ovviamente da chi e come la applica.

L'aspetto positivo: **la lettura da algoritmo di immagini è molto veloce, instancabile, attendibile anche più della lettura umana**. Ormai la letteratura fornisce ampio supporto alle caratteristiche di sensibilità e specificità dell'IA.

Va comunque ricordato che i destinatari della lettura di immagini in IA sono Medici di Medicina Generale (MMG) o altri specialisti, soprattutto diabetologi. Pertanto, professionisti privi di un training specifico nella diagnostica oculare, e la lettura viene resa loro in modo binario, generalmente con una logica di "semaforo verde" per l'assenza di lesioni e "semaforo rosso" per la presenza di qualsiasi lesione, o con una classificazione: assenza, lesioni lievi, lesioni gravi.

E qui arriva il rischio: **proprio l'elevata capacità dell'IA di riconoscere lesioni anche piccole genera, soprattutto nei sistemi binari, lesioni sì/no, un elevato numero di semafori rossi**, che indicano la ne-

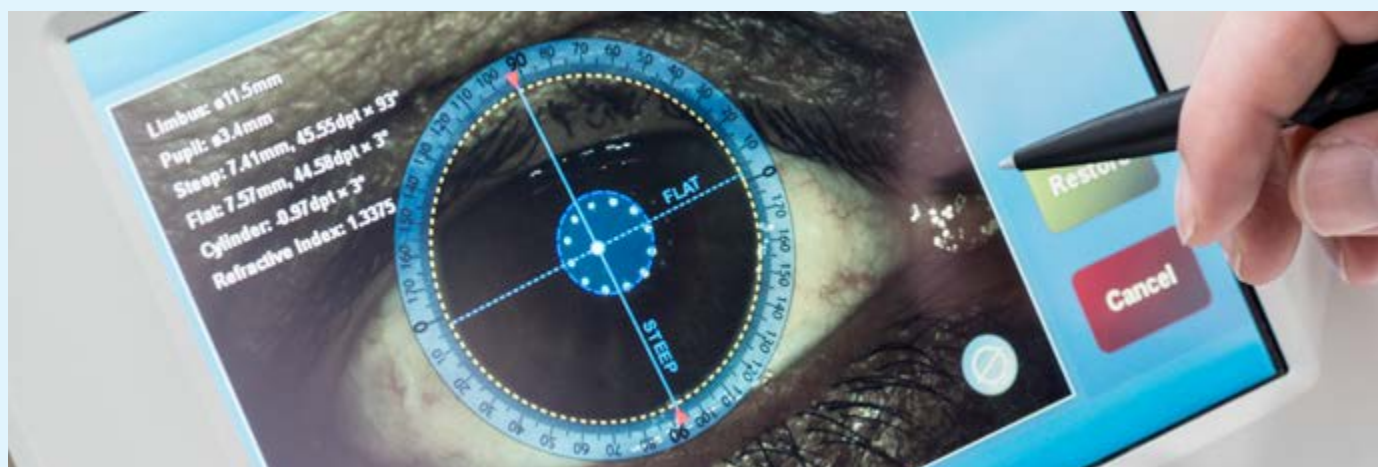
cessità che lo specialista o MMG che riceve il referto invii a consulenza oculistica.

Ma, su grandi numeri, la RD colpisce oltre un terzo dei pazienti con diabete, ed è facile che gli appuntamenti per la visita oculistica si protraggano anche per alcune settimane o mesi.

Il problema è che non tutti i semafori rossi sono uguali quanto a urgenza. Un semaforo rosso può indicare molti microaneurismi in media periferia, tranquilli anche per mesi, ma anche una lesione proliferante che sta per sanguinare o un edema che sta per arrivare alla fovea, con importante calo visivo in entrambi i casi, talvolta anche in pochi giorni.

Se non si inserisce un passaggio, ad esempio, che lo specialista o MMG invii in teleconsulto tutti i semafori rossi ad un oculista per far determinare l'urgenza del quadro, si rischia di creare e crearsi problemi anche importanti, clinici e medicolegali.

Siamo **all'inizio di una nuova avventura**, le vie da percorrere e gli eventi che accadranno saranno tanti, sarà fondamentale cercare di subordinarne la gestione ad una sana e concreta razionalità piuttosto che al sensazionalismo che, a volte, richiede passi indietro che fanno perdere tempo e soldi, e a volte anche salute, a una platea di professionisti e di pazienti, ormai piena preda del fascino di affidarsi al sistema binario, forse anche più che al sistema neuronale.



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

Federico Marmo, Medico Oculista, specialista in igiene e medicina preventiva

LA SANITÀ PUBBLICA VERSO LA E-HEALTH: LA TELEMEDICINA E IL MONDO OFTALMICO

Il ruolo della digitalizzazione nella gestione delle patologie oculari croniche

Le innovazioni tecnologiche digitali stanno rivoluzionando il mondo medico aprendo scenari inimmaginabili fino a un paio di decenni fa, proprio in un momento di grave crisi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), basato su principi fondamentali quali **universalità, uguaglianza ed equità** e su principi organizzativi quali la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari, l'integrazione della assistenza sanitaria con quella sociale. Sono tutti principi che, purtroppo, si vanno sempre più scontrando con una realtà economica sempre più povera di risorse, con una realtà socio-sanitaria caratterizzata da richieste di prestazioni sanitarie ad incremento esponenziale, soprattutto per l'invecchiamento della popolazione, e da necessità di continuo adeguamento al progresso scientifico e tecnologico; il tutto in una frammentazione strutturale sanitaria in 21 sistemi regionali che agiscono in piena autonomia e poco coordinati tra loro. L'avvento della digitalizzazione potrebbe arrecare notevoli vantaggi e risolvere tante criticità, ma si tratta indubbiamente di un percorso ad ostacoli dovuto soprattutto ad una realtà cristallizzata nel suo contesto organizzativo e culturale e non sempre disposta a mettersi in discussione.

L'oftalmologia è tra le branche mediche che maggiormente possono beneficiare della telemedicina

Innanzitutto, diventa fondamentale la **semplificazione nella gestione dei servizi sanitari**, per altro prevista già dalla legge 241/90, con il parziale smantellamento di una burocrazia sempre più invadente, a scapito del cittadino e delle strutture e divoratrice di risorse. In tal modo, la trasformazione digitale in sanità sarebbe molto più facilmente realizzabile. Il primo passo dovrebbe riguardare l'organizzazione sanitaria nella sua interezza con la

creazione di una **rete complessa di interconnessione** su cui far convergere e fluire tutti i dati sanitari tra pazienti, medici, ospedali, farmacie, centri di ricerche e soprattutto istituzioni. Solo allora diventerebbe non solo più facile, ma anche più efficace l'attuazione dell'altra trasformazione tecnologica digitale, cioè quella da apportare sul piano clinico assistenziale. Si realizzerebbe così la cosiddetta **Sanità 4.0**, di cui la telemedicina è parte fondamentale.

Se fino ad oggi sensori, dispositivi indossabili, tracker sanitari ed esami strumentali di primo livello sono stati appannaggio esclusivo delle strutture sanitarie con un possibile loro uso molto limitato, con la rivoluzione tecnologica futura potranno andare ad interessare larghe fasce della popolazione. I vantaggi sarebbero molti. Ne citiamo due soprattutto due:

- **Una sanità migliore** non solo nella qualità assistenziale, ma anche nel suo proposito universalistico.
- **La reale possibilità di raggiungere nel cittadino la cosiddetta alfabetizzazione sanitaria** (health literacy) e in particolare l'alfabetizzazione digitale (digital literacy) intesa come "abilità di individuare, comprendere, utilizzare e creare informazioni utilizzando tecnologie informatiche". Il paziente stesso, consapevole, informato ed educato, diventerebbe il vero controllore della propria salute, che può monitorizzare da casa condividendo informazioni da remoto con il proprio medico e con l'apparato sanitario.

A questo punto è lecito chiedersi: quali sono attualmente le aree di applicabilità della telemedicina? Il Ministero della Salute le ha così classificate:

- **Televisita:** vera e propria prestazione sanitaria all'interno di una piattaforma certificata, con esame visivo tramite una telecamera, controllo di eventuali esami e possibilità di prescrizione.
- **Teleconsulto:** collaborazione a distanza tra due o più medici per richiedere il parere su caso specifico al collega, quasi sempre specialista. Non prevista la partecipazione del paziente.
- **Teleconsulenza:** incontro a distanza tra operatore sanitario, per lo più medico, ma anche psicologo, infermiere, ecc. e paziente, ma anche caregiver, come supporto e orientamento su una diagnosi o terapia.
- **Teleassistenza:** forma di assistenza a distanza prevalentemente di tipo socioassistenziale tra utente e centro operativo, con il fine di fornire supporto psicologico, controllo periodico e gestione delle emergenze. In questo ultimo caso si parla di telesoccorso, ovvero il paziente, a cui è stato fatto indossare un braccialetto o un ciondolo con pulsante, attiva una chiamata verso una centrale operativa. Questa forma di teleassistenza comprende anche pazienti con patologie croniche gravi seguiti a domicilio, che sono spesso inseriti nei piani regionali di Assistenza

Domiciliare Integrata (ADI). Anche nel privato sono attive forme di teleassistenza.

- **Telemonitoraggio:** forma di assistenza di valenza clinica per seguire a distanza l'evoluzione di una malattia attraverso il controllo di parametri vitali rilevati da dispositivi medici che inviano dati ad una piattaforma. Oggi si tende a integrare queste due ultime forme di telemedicina.

Come emerge da questa classificazione si verificherebbe un profondo stravolgimento assistenziale, che assume contorni ancor più radicali se si pensa all'avvento sempre più imperioso dell'Intelligenza Artificiale, della robotica e delle nanotecnologie, tanto che viene spontaneo chiedersi: **sarà la tecnologia la padrona assoluta della sanità? Assolutamente no.** Deve essere sempre l'uomo ad avere il pieno controllo della tecnologia, a far sì che essa sia solo un mezzo formidabile a sua disposizione. Per questo, per non subire i profondi cambiamenti ma per saperli accogliere e governare, è necessario che tutti i professionisti della salute si aprano a queste innovazioni, scacciando timori, preconcetti e, soprattutto, si impegnino a perseguire e raggiungere la maggior formazione digitale possibile, in maniera tale da poter collaborare con gli ingegneri informatici, senza subirli passivamente, indicando così la strada migliore per **una sanità sempre più equa, universalistica e di qualità.**

L'oftalmologia è tra le branche mediche quella che maggiormente può beneficiare della telemedicina non solo per la ricchezza di diagnostica strumentale data da molti esami non invasivi da inviare in rete (OCT, fotografia del fondo oculare, campo visivo, ecc.), ma anche per la migliore gestione della forte richiesta di prestazioni, come, ad esempio, dell'intervento di cataratta, al primo posto come numero di operazioni chirurgiche eseguite in un anno, semplificandone il percorso.

Allo stato attuale, in Italia ci sono numerosi tentativi di applicazione della teleoftalmologia all'interno del Sistema Sanitario, ma sono quasi sempre iniziative li-

mitate, frutto dell'impegno di qualche oculista volenteroso, portate avanti come sperimentazioni in piccole realtà territoriali e soprattutto non coordinate tra loro. Riguardano nella quasi totalità dei casi la telereferenziazione del fondo oculare nei pazienti diabetici. Nel Regno Unito un tale progetto Diabetic Eye Screening Programme (DESP), programmato e realizzato a livello nazionale, ha dato risultati incredibili, a tal punto che la retinopatia diabetica non rappresenta più la prima causa di cecità civile in età lavorativa in quel Paese, come invece avviene in tutto il resto del mondo. Purtroppo, in Italia la frammentazione in 21 Sistemi sanitari regionali non facilita l'attuazione di un simile programma.

Altri tentativi di teleoftalmologia sono stati realizzati nel periodo della pandemia Covid 19 in ambito della teleassistenza e della riabilitazione visiva ed hanno dato buoni risultati, ma anche in questo caso si è trattato di iniziative isolate.

A questo punto sorge spontanea la domanda: **come viene oggi percepita l'appropriatezza di possibili indicazioni di pratica clinica nell'utilizzo della teleoftalmologia fra gli oculisti?** Per rispondere si può fare riferimento ad un recente articolo, dal titolo *"Telemedicina in oculistica: un documento di appropriatezza realizzato attraverso un e-consensus secondo la metodologia RAND/UCLA"*, pubblicato su *Recenti Progressi in Medicina* (2026; 117: 1-5). L'indagine è stata voluta dalla Società Italiana di Oftalmologia Legale (SIOL) con il supporto della Polifarma SpA e si è svolta su un campione di 27 oculisti e un ingegnere informatico, formatosi dopo aver contattato ed invitato 70 oculisti esperti, rappresentanti del mondo ospedaliero, universitario e territoriale. La partecipazione all'e-consensus prevedeva la risposta a domande su possibili indicazioni per la pratica clinica con affermazioni operative secondo la metodologia di RAND/UCLA, tecnica uti-



lizzata proprio per la valutazione dell'appropriatezza delle procedure mediche. Questo metodo era stato sviluppato dalla Rand Corporation (Santa Monica, California, Usa) in collaborazione con l'Università della California a Los Angeles, negli anni Ottanta.

Lo svolgimento della ricerca prevedeva inoltre:

- L'utilizzo di una piattaforma online, Google Forms.
 - L'assegnazione di un punteggio da 1 a 10 alle risposte, basato sul disaccordo o l'accordo con quanto asserito.
 - La classificazione finale delle risposte nei seguenti tre livelli secondo il punteggio mediano dei relatori e il livello di disaccordo:
1. Indicazione per la pratica clinica "appropriata" punteggio 7-10: i benefici attesi superano di gran lunga il danno atteso.
 2. Indicazione per la pratica clinica "incerta" punteggio 4-6 : il danno e i benefici sono considerati approssimativamente uguali o l'esperto non è stato in grado di esprimere un giudizio.

3. Indicazione per la pratica clinica "inappropriata" punteggio 1-3: il danno derivante dall'introduzione della procedura clinica è di gran lunga superiore ai benefici attesi.

Secondo la procedura è stato eseguito un primo round con l'elaborazione e la classificazione delle risposte, seguito poi da un secondo round con la valutazione finale, coinvolgendo in entrambi tutti i 28 partecipanti. Sono emersi i seguenti risultati:

- **La televisita oculistica viene bocciata senza appello.** Non solo è considerata ineseguibile come prima visita, e ciò è facilmente comprensibile, ma anche come controllo clinico post-operatorio. Ciò vale per tutte le malattie oculari. Qualora venisse eseguita in toto o in parte dovrebbe essere sempre seguita dalla visita in presenza. Comunque, in certi casi può essere di aiuto a questa ultima nella raccolta dell'anamnesi e nell'invio da parte del paziente di immagini/video che però dovrebbero



avere solo un significato orientativo. Sono invece riconosciuti appropriati tutti gli apporti telematici, dati ed esami, che possono integrare e facilitare la visita stessa e i controlli successivi.

- **Il teleconsulto è considerato importante e necessario** con i centri ad alta specializzazione e delle patologie rare, ma stranamente viene considerato inappropriato tra l'oculista e il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta.
- **Sul telemonitoraggio permane aria di incertezza**, non viene bocciato ma neppure approvato. Si afferma una sua possibilità di utilizzo, tutta da verificare, per alcuni controlli di patologie croniche come la degenerazione maculare legata all'età (DMLE) e la retinopatia diabetica (RD), purché già diagnosticate e prese in carico dalla struttura sanitaria. Il follow-up telematico viene approvato purché non sia strettamente clinico.
- Sono considerati **positivi i controlli telematici di esami clinici, strumentali, di laboratorio** specie in un contesto preoperatorio, ma si tratta di pratiche già largamente diffuse.

Questo studio, pur nei suoi limiti dati dalla bassa numerosità del campione, che comunque sta a significare una scarsa attenzione nei confronti del problema, dimostra che allo stato attuale viene riconosciuto alla teleoftalmologia da parte dai medici oculistici italiani partecipanti solo una funzione di **supporto all'attività clinica tradizionale**, lasciando allo stesso tempo trasparire una certa diffidenza nei confronti della medicina digitale nelle sue potenzialità più avanzate. Sicuramente influisce, oltre al timore di vedere sconvolta la loro professionalità da innovazioni profonde e veloci, la perplessità nei confronti delle capacità delle strutture sanitarie di riuscire ad attuare la trasformazione digitale con l'attuale organizzazione e con il personale disponibile. Lo dimostra il fatto che tutti partecipanti risultano concordi nella richiesta che in teleoftalmologia siano pienamente garantite:

- La migliore tecnologia disponibile.
- La conoscenza dei sistemi telematici da parte del personale sanitario, acquisita con training, e il loro uso appropriato.
- La necessità che gli stessi pazienti abbiano familiarità con i sistemi di comunicazione telematica.

Inoltre, tutti sottolineano l'importanza sia della definizione scrupolosa dei tanti risvolti medico legali che la medicina digitale solleva, non ultimo la responsabilità professionale, sia della salvaguardia della centralità del paziente.

A nostro avviso non è azzardato concludere che, nonostante le evidenze internazionali dimostrino l'importanza della teleoftalmologia e la possibilità di vaste sue implicazioni cliniche, **nel nostro Paese resta ancora molta strada da fare** nel processo di sensibilizzazione e di maturazione del personale sanitario, e ancor prima nel percorso di riorganizzazione e transizione digitale del Sistema sanitario italiano.

Ne possiamo concludere quindi che la teleoftalmologia in Italia è stata finora applicata in maniera quasi esclusiva nello screening della RD, soprattutto attraverso la telediagnosi con retinografia digitale e, in alcuni casi, con l'integrazione di algoritmi di intelligenza artificiale per la classificazione delle immagini. Questa concentrazione riduttiva sulla RD rischia di svuotare la teleoftalmologia del suo più ampio potenziale d'azione come strumento capace di razionalizzare e ottimizzare il percorso assistenziale per il trattamento di una vasta gamma di patologie oculari, dalle strutture di primo livello (medici di medicina generale, centri di salute, punti di prelievo, ambulatori di comunità) verso le strutture di secondo e terzo livello (ospedali, centri specialistici, grandi centri di riferimento).

Le forme di teleoftalmologia con maggiori possibilità applicative sembrano essere:

- **Telemonitoraggio:** followup, sorveglianza di parametri clinici e strumentali.

- **Teleconsulto:** scambio di informazioni tra specialisti e medici di medicina generale (MMG), per il triage e il casefinding.
- **Teleassistenza:** supporto al paziente, monitoraggio dell'aderenza, gestione delle complicanze.

Il glaucoma e la DMLE rappresentano due bersagli ideali per percorsi di telemonitoraggio strutturato, perché si caratterizzano per elevata cronicità, necessità di followup a lungo termine, domanda di visite ripetute che sovraccaricano le liste di attesa e uso massivo di strumentazione digitale. Sebbene la letteratura internazionale documenti in modo crescente la costoefficacia della telemedicina nel glaucoma e nella degenerazione maculare legata all'età (DMLE), con modelli di screening e followup basati su immagini retiniche, campimetria digitalizzata, homeOCT, algoritmi di machine learning e piattaforme di tracciamento longitudinale, **in Italia tali scenari restano per lo più sperimentali o episodici, senza una reale prospettiva di integrazione sistematica nei piani strategici nazionali e nei percorsi di cura.**

Un telemonitoraggio efficace dei pazienti con glaucoma o DMLE consente di raccogliere periodicamente dati strumentali nei punti di accesso digitali territoriali, trasmessi in modo standardizzato a centri di interpretazione remota, dove algoritmi di triage, anche con supporto dell'IA, distinguono i casi stabili da quelli che richiedono rivalutazione e permettono di definire piani di followup personalizzati. In questo modo si riduce la pressione sui servizi ospedalieri, si migliora la continuità assistenziale e si anticipa l'intercettazione delle progressioni di malattia, limitando l'occupazione inappropriata degli slot specialistici da parte di pazienti a basso rischio.

Un secondo ambito con ampie prospettive di sviluppo è il teleconsulto MMG-oculista, che potrebbe consentire un filtro estremamente efficace della domanda. Gran parte della domanda ambulatoriale oftalmologica è costituita da pazienti con sintomi non specifici, lieve ipovisione, offuscamento transitorio, lacrimazione, fotofobia, ecc. che, se valutati in modo tempestivo e appropriato, potrebbero essere gestiti direttamente dal MMG, oppure indirizzati a esami mirati, ad esempio





una foto del fundus, un controllo mirato, un referto strumentale, in un ambulatorio vicino a casa, senza dover essere necessariamente inviati a strutture di secondo livello. Un triage diagnostico a distanza da parte dell'oculista costituirebbe un supporto e una tutela rilevante per i MMG, ridurrebbe gli invii impropri, ottimizzerebbe i flussi verso le strutture di riferimento e migliorerebbe l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Nonostante numerose associazioni di pazienti e società scientifiche abbiano evidenziato che l'oftalmologia è tra i settori più trascurati dal PNRR, con una scarsità di investimenti in digitalizzazione, telemedicina e riorganizzazione dei percorsi, le attuali linee di programmazione nazionale non prevedono progetti strutturati di teleoftalmologia estesi al di là della RD. In molti documenti si segnala che circa 6 milioni di italiani convivono con patologie oculari croniche per il cui trattamento sarebbe lecito attendersi che i piani attuativi del PNRR promuovessero architetture di telemonitoraggio standardizzate per glaucoma e DMLE, reti integrate tra MMG, centri di screening, centri di riabilitazione visiva e servizi ospedalieri, nonché flussi di dati interoperabili che permettano di tracciare la progressione clinica e l'aderenza terapeutica. Questo vuoto di programmazione è tanto più critico se si considera che **la digitalizzazione dell'oftalmologia è già ampiamente disponibile e che molte soluzioni di telemedicina sono limitate soprattutto da ragioni di governance,**

finanziamento e organizzazione dei flussi, più che da problemi di fattibilità tecnologica.

Per superare la logica limitante della RD come unico

ambito di applicazione e sfruttare al meglio le potenzialità complessive della teleoftalmologia, è necessario che tecnici, manager e stakeholder che operano in ambito oftalmologico riconoscano innanzitutto le potenzialità ed il valore economico di questo strumento (riduzione delle liste di attesa, riduzione degli invii impropri, maggiore efficienza nell'uso delle risorse) e si facciano promotori e attuatori di modelli organici e operativi di teleoftalmologia. Tali modelli dovrebbero essere integrati nei piani attuativi regionali e nei futuri pacchetti di investimento, anche oltre il ciclo PNRR, come parte della riorganizzazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) oftalmologici e dei percorsi di presa in carico cronica.

Al momento, gli impieghi più immediatamente e facilmente realizzabili, con costi contenuti e comunque ampiamente compensati da un favorevole rapporto costo-efficacia, appaiono essere il telemonitoraggio dei pazienti con glaucoma e DMLE, e altre patologie croniche ad alta prevalenza, ed il teleconsulto tra MMG e oculisti. Alla luce delle evidenze disponibili, si può sostenere, con argomentazioni fondate, che questi impieghi sono oggi non solo tecnicamente fattibili, ma anche economicamente convenienti. **Nel contesto italiano la barriera principale non è la tecnologia, ma la mancanza, a tutti i livelli, di un'apertura all'innovazione e di adeguati modelli e strategie di governance.** In particolare, mancano PDTA che incorporino esplicitamente telemonitoraggio e teleconsulto, codifiche tariffarie specifiche, definizione puntuale di responsabilità cliniche e requisiti minimi infrastrutturali.

Laura Giorico, oculista

RIABILITAZIONE VISIVA E IPOVISIONE: RUOLO CLINICO, ORGANIZZATIVO E SOCIALE NEL CONTINUUM ASSISTENZIALE OFTALMOLOGICO

Dalla valorizzazione del residuo visivo ai percorsi integrati di autonomia e inclusione sociale

La riabilitazione visiva rappresenta una componente essenziale del percorso assistenziale della persona con ipovisione. Essa non deve essere intesa come un intervento residuale, da attivare soltanto quando ogni possibilità terapeutica sia esaurita, ma come una **fase strutturata della presa in carico oftalmologica**, finalizzata all'ottimizzazione del residuo visivo, al miglioramento dell'autonomia personale e alla promozione della partecipazione sociale.

L'aumento del numero di persone ipovedenti ha determinato negli ultimi anni un rinnovato interesse scientifico, sanitario e istituzionale nei confronti della disabilità visiva. Le ragioni di questo fenomeno sono molteplici. In Italia, come negli altri Paesi ad alto reddito, il progressivo incremento della speranza di vita ha comportato una **crescita delle patologie oculari cronico-degenerative correlate all'età**, tra cui la degenerazione maculare legata all'età, il glaucoma, la retinopatia diabetica, la cataratta e le patologie vascolari retiniche. Parallelamente, i progressi diagnostici, terapeutici e chirurgici dell'oftalmologia hanno **ridotto il numero di pazienti destinati alla cecità assoluta**, ma hanno an-

che aumentato la sopravvivenza funzionale di persone con un residuo visivo insufficiente a garantire una piena autonomia.

Il tema ha quindi una rilevanza non soltanto clinica, ma anche sociale e di sanità pubblica. Secondo il Ministero della Salute, in Italia l'1,9% delle persone dai 15 anni in su riferisce gravi limitazioni visive; tale percentuale sale al 5,0% tra gli ultrasessantacinquenni e all'8,0% tra gli ultrasessantacinquenni. Le limitazioni visive moderate interessano il 16,7% della popolazione, il 28,8% degli over 65 e il 33,9% degli over 75. Considerando congiuntamente limitazioni moderate e gravi, il problema riguarda il 18,6% della popolazione dai 15 anni in su, il 33,8% degli ultrasessantacinquenni e il 41,9% degli ultrasessantacinquenni.

Il dato italiano si inserisce in un quadro globale di grande impatto. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che almeno 2,2 miliardi di persone nel mondo convivano con una compromissione visiva o con cecità e che almeno **1 miliardo di questi casi sia prevenibile o non ancora adeguatamente trattato**. Questi numeri confermano la necessità di integrare

prevenzione, cura e riabilitazione in un modello assistenziale unitario.

Dalla cura della patologia alla presa in carico della funzione

L'intervento sanitario in ambito oftalmologico può essere considerato completo solo **se comprende prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione**. Dopo il completamento delle cure mediche, chirurgiche o para chirurgiche disponibili, molti pazienti continuano infatti a presentare un bisogno funzionale rilevante. La stabilizzazione anatomica di una patologia retinica o glaucomatosa non coincide necessariamente con il recupero dell'autonomia. Allo stesso modo, il successo terapeutico nel rallentare la progressione di una malattia non elimina il bisogno di supporto riabilitativo.

Dal punto di vista clinico, il paziente candidato alla riabilitazione visiva è una persona con compromissione della funzione visiva non ulteriormente migliorabile mediante correzione ottica convenzionale, trattamento medico o chirurgico. La valutazione non può limitarsi all'acuità visiva, poiché **la disabilità visiva è il risultato dell'interazione tra deficit sensoriale, attività quotidiane, ambiente e obiettivi personali**. Devono essere considerati il visus corretto per lontano e per vicino, la sensibilità al contrasto, il campo visivo, la presenza di scotomi, la fissazione eccentrica, la stabilità oculomotoria, la capacità di lettura, l'orientamento, la mobilità e le attività della vita quotidiana.

La Legge 138/2001 ha introdotto in Italia una classificazione delle minorazioni visive fondata non soltanto sul residuo visivo, ma anche sul residuo perimetrico binoculare, distinguendo cecità totale, cecità parziale e differenti livelli di ipovisione. Il Ministero della Salute richiama tale norma come riferimento per la quantificazione delle minorazioni visive e per la classificazione delle condizioni di disabilità visiva. Questa impostazione è particolarmente importante nella pratica riabilita-

La riabilitazione visiva deve uscire dalla dimensione frammentata della prestazione isolata e diventare un percorso misurabile, verificabile e integrato.

tiva, perché pazienti con la stessa acuità visiva possono presentare bisogni molto diversi. Uno scotoma centrale da degenerazione maculare richiede strategie differenti rispetto a un restringimento concentrico del campo visivo da glaucoma avanzato.

La riabilitazione visiva deve quindi essere costruita come un progetto individuale. **L'obiettivo non è restituire la vista in senso anatomico, ma migliorare l'uso del residuo visivo e favorire il massimo livello possibile di autonomia**. In questa prospettiva, l'oculista ha un ruolo determinante: riconoscere precocemente il bisogno riabilitativo, informare il paziente, attivare l'invio, collaborare con il centro riabilitativo e continuare il monitoraggio della patologia di base.

Strategie riabilitative e personalizzazione del trattamento

Il progetto riabilitativo deve essere personalizzato in base alla patologia, all'età, al profilo funzionale, alle comorbidità, alle aspettative del paziente, al contesto familiare e all'ambiente di vita. Nei pazienti con scotoma centrale, come spesso accade nella degenerazione maculare legata all'età, l'intervento può includere il training del locus retinico preferenziale, il miglioramento della fissazione eccentrica e l'addestramento a strategie di lettura più efficaci. Nei pazienti con danno periferico, come nei glaucomi avanzati, assumono maggiore rilevanza il training di esplorazione visiva, l'orientamento, la mobilità, la sicurezza ambientale e la prevenzione delle cadute.

Gli ausili ottici, elettronici e digitali rappresentano una componente importante, ma non sufficiente, del percorso. Lenti di ingrandimento, sistemi microscopici, telescopi, prismi, video-ingranditori, dispositivi elettronici portatili, software di ingrandimento, sintesi vocale, tablet e smartphone possono migliorare la performance solo se correttamente prescritti, adattati e accompagnati da un adeguato training. La revisione *Cochrane* sugli ausili per la lettura negli adulti con ipo-

visione conclude che le prove disponibili non consentono di sostenere la superiorità generale di un singolo tipo di ausilio ottico o elettronico. Alcuni dati suggeriscono un possibile beneficio degli strumenti elettronici da tavolo sulla velocità di lettura, ma l'evidenza complessiva resta limitata.

Anche le evidenze sull'efficacia complessiva della riabilitazione visiva devono essere interpretate con rigore. La revisione *Cochrane* del 2020 sulla riabilitazione dell'ipovisione negli adulti ha valutato l'impatto degli interventi sulla qualità di vita correlata alla salute, sulla qualità di vita correlata alla visione e su altri esiti riferiti dal paziente. Gli autori non hanno trovato prove solide di beneficio sulla qualità di vita generale correlata alla salute, mentre hanno rilevato evidenze di certezza bassa o moderata di piccoli benefici su alcuni out come visione-specifici in determinati tipi di intervento. Per questo motivo, in un articolo scientifico è opportuno evitare affermazioni assolute e sostenere piuttosto che la riabilitazione visiva può contribuire al miglioramento del funzionamento e di alcuni aspetti della qualità di vita correlata alla visione, pur richiedendo una maggiore standardizzazione degli out come e studi di migliore qualità metodologica.

Un ruolo crescente è svolto dalle **tecnologie innovative**. La microperimetria con biofeedback, la realtà virtuale e aumentata, le applicazioni digitali, i dispositivi indossabili e gli strumenti basati su intelligenza artificiale possono ampliare le possibilità riabilitative, ma **devono essere integrati in programmi clinici verificabili. La tecnologia, da sola, non costituisce riabilitazione**: il suo valore dipende dalla selezione del paziente, dalla definizione degli obiettivi, dall'addestramento, dalla misurazione degli esiti e dal follow-up.

La **tele-riabilitazione rappresenta un ulteriore ambito di sviluppo**, soprattutto per garantire continuità assistenziale e raggiungere pazienti che vivono in aree distanti dai centri specialistici. Tuttavia, anche in questo caso le evidenze devono essere presentate con prudenza. La revisione *Cochrane* del 2023 sulla te-

le-riabilitazione per persone con ipovisione ha valutato i benefici dell'erogazione a distanza dei servizi riabilitativi, ma ha confermato che le prove disponibili sono ancora limitate e non consentono di considerare la tele-riabilitazione come sostitutiva generalizzata della riabilitazione in presenza. Essa può però **rappresentare un complemento utile nei percorsi di follow-up, addestramento domiciliare e supporto territoriale**.

Il quadro normativo italiano

L'Italia dispone di un quadro normativo specifico in materia di prevenzione della cecità e riabilitazione visiva. La Legge 28 agosto 1997, n. 284, reca disposizioni per la prevenzione della cecità, per la riabilitazione visiva e per l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati. La norma ha segnato il riconoscimento istituzionale della prevenzione e della riabilitazione visiva, prevedendo risorse dedicate e la realizzazione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva.

Il Ministero della Salute ricorda che la Legge 284/1997 ha previsto anche attività di informazione e iniziative rivolte alla prevenzione, nonché il coinvolgimento della sezione italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità. Il quadro normativo comprende inoltre il Decreto Ministeriale 18 dicembre 1997, modificato dal Decreto Ministeriale 10 novembre 1999, che ha definito requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri specializzati per l'educazione e la riabilitazione visiva, e l'accordo Stato-Regioni del 20 maggio 2004, relativo ai compiti dei centri e ai criteri di ripartizione dei finanziamenti alle Regioni.

Un ruolo di riferimento è svolto dal **Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva degli Ipovedenti**, progetto della Fondazione IAPB Italia ETS. Il Polo, inaugurato nel 2007, ha sede a Roma presso la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e dal 1° maggio 2013 è Centro di collaborazione dell'OMS per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva, con accordo rinnovato fino a maggio 2027.



Organizzazione dei servizi e disomogeneità territoriale

La presenza di una normativa specifica non ha eliminato le criticità organizzative. Le relazioni annuali al Parlamento sulle politiche sanitarie inerenti alla prevenzione della cecità, all'educazione e alla riabilitazione visiva documentano una **persistente disomogeneità territoriale**. Alcune regioni hanno favorito una maggiore capillarità dei centri, mentre altre hanno adottato modelli più centralizzati, talvolta con l'obiettivo di garantire una maggiore specializzazione. In altri casi, la disponibilità di servizi risulta limitata o non adeguatamente documentata.

La Relazione relativa alle attività 2023 riporta che i pazienti seguiti dai centri di riabilitazione visiva sono stati 24.699, in aumento rispetto ai 22.707 del 2022 e ai 18.737 del 2021, ma ancora inferiori ai 26.063 pazienti seguiti nel 2019. Tale dato va interpretato alla luce del fabbisogno potenziale, che appare molto più ampio se confrontato con la prevalenza delle limitazioni visive moderate e gravi nella popolazione anziana.

Una criticità rilevante riguarda la composizione delle equipe. Il modello previsto dalla normativa include figure quali oculista, ortottista assistente di oftalmologia, psicologo, infermiere e assistente sociale. Tuttavia, le

relazioni ministeriali segnalano che **molti centri risultano carenti di una o più figure professionali necessarie**. Questa carenza limita la possibilità di realizzare una presa in carico realmente multidisciplinare, soprattutto nei pazienti anziani fragili, nei bambini, nelle persone pluriminorate e nei soggetti con bisogni sociali complessi.

Il problema è particolarmente evidente in età pediatrica. La riabilitazione del bambino ipovedente richiede competenze specialistiche integrate, che comprendono oftalmologia, ortottica, neuropsichiatria infantile, fisiatria, psicologia, educazione specializzata e supporto alla famiglia. In Italia esistono centri pediatrici qualificati, ma non distribuiti in modo uniforme sul territorio nazionale. Ne consegue che molte famiglie possono essere costrette a spostamenti lunghi e costosi per accedere a percorsi adeguati.

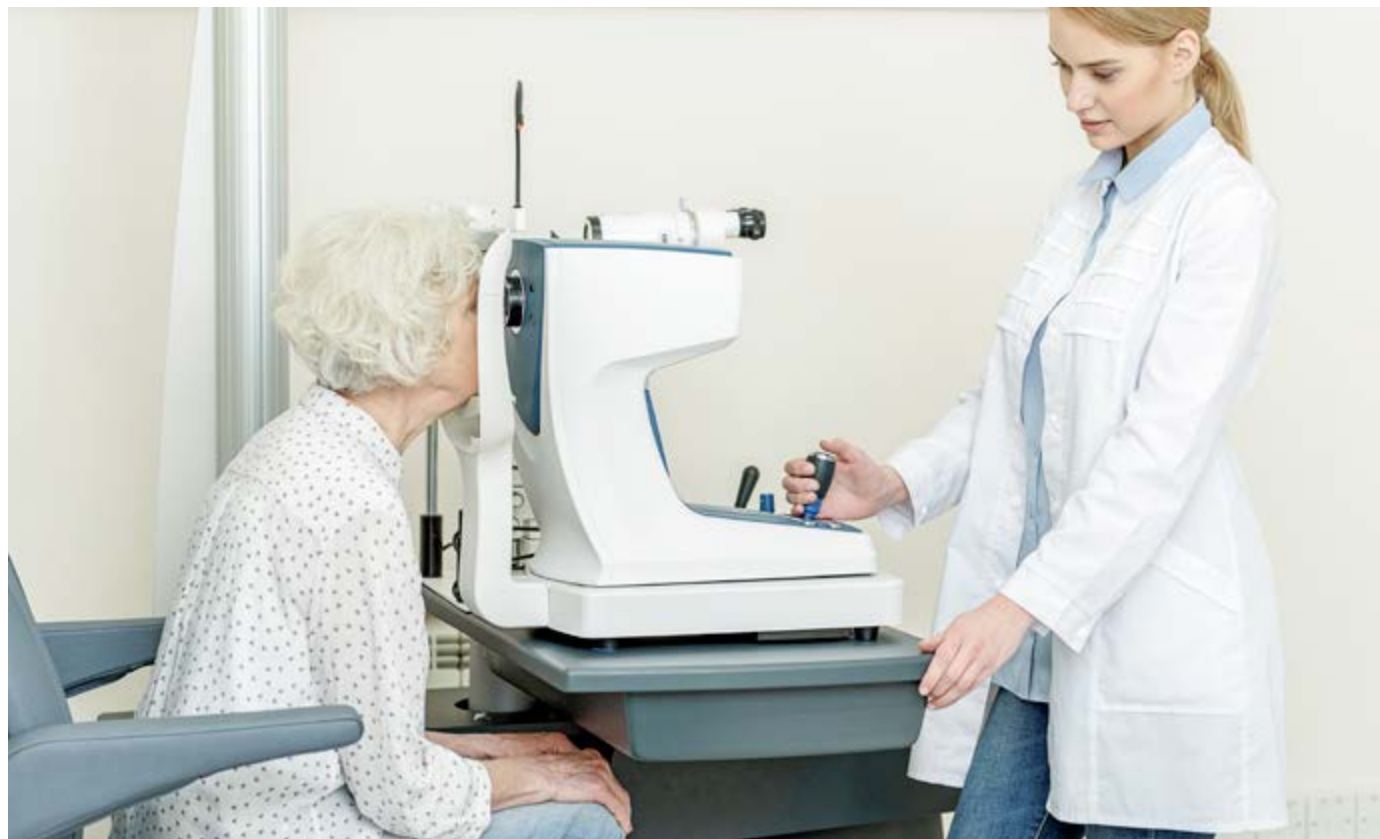
Per l'adulto e l'anziano, il bisogno prevalente e spesso ambulatoriale e territoriale. Poiché le limitazioni visive interessano soprattutto le fasce di età avanzata, la riabilitazione richiede prossimità, continuità e follow-up protratto. Un modello eccessivamente centralizzato rischia di ridurre l'accessibilità, soprattutto per pazienti con ridotta mobilità, comorbidità, fragilità sociale o assenza di caregiver.

Verso una rete riabilitativa a livelli

Una prospettiva organizzativa coerente con i bisogni della popolazione ipovedente e quella di una rete articolata per livelli di complessità. Un **primo livello**, territoriale e capillare, potrebbe svolgere funzioni di informazione, screening funzionale, classificazione del bisogno, primo orientamento e invio appropriato. Un **secondo livello** dovrebbe garantire la valutazione riabilitativa specialistica, la prescrizione e l'addestramento all'uso degli ausili, il training visivo e il follow-up. Un **terzo livello** dovrebbe occuparsi di casi complessi, ricerca, formazione, raccolta dati, innovazione tecnologica e standardizzazione degli out come.

Tale modello è coerente con l'impostazione degli *International Standards for Vision Rehabilitation* richiamati nelle relazioni istituzionali italiane e con la necessità di conciliare prossimità territoriale e alta specializzazio-

ne. Il modello hub-and-spoke consentirebbe di evitare due rischi opposti: la frammentazione di servizi privi di competenze multidisciplinari e l'eccessiva centralizzazione in pochi centri lontani dal domicilio del paziente. L'integrazione nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali delle principali patologie oculari croniche rappresenta un obiettivo prioritario. È opportuno parlare di integrazione non uniforme nei percorsi regionali e nei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) oftalmologici, piuttosto che di assenza o limitazione nei livelli essenziali di assistenza (LEA), a meno di disporre di una fonte specifica che documenti tale affermazione. **In pratica clinica, il punto critico resta l'invio tardivo.** Molti pazienti arrivano alla riabilitazione solo dopo anni di progressiva perdita visiva, quando hanno già ridotto lettura, mobilità, relazioni sociali e autonomia domestica.





Disabilità visiva, ICF e progetto di vita

La riabilitazione visiva deve essere letta anche alla luce dell'evoluzione culturale e normativa del concetto di disabilità. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con la Legge 18/2009, ha consolidato un paradigma fondato sui diritti, sulla partecipazione e sulla rimozione delle barriere. In questa prospettiva, la persona con disabilità non è identificabile con la patologia, ma con l'interazione tra una menomazione duratura e un contesto che può facilitare oppure ostacolare la partecipazione.

L'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), approvata dall'OMS, propone un modello biopsicosociale che descrive il funzionamento umano attraverso funzioni corporee, attività, partecipazione e fattori ambientali. Per la persona ipovedente, questo approccio è particolarmente appropriato, perché consente di valutare non solo la riduzione della funzione visiva, ma anche le capacità residue, le strategie compensatorie, l'ambiente domestico, scolastico o lavorativo, il supporto familiare, la disponibilità di tecnologie assistive e le barriere fisiche, digitali e sociali. La Legge 22 dicembre 2021, n. 227, ha delegato il Governo alla revisione e al riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, nell'ambito della Missione 5, Componente 2, del PNRR. Il Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62, ha poi disciplinato la definizione

della condizione di disabilità, la valutazione di base, l'accomodamento ragionevole e la valutazione multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Il progetto di vita rappresenta un riferimento importante anche per l'ipovisione. Nell'età evolutiva, la riabilitazione deve sostenere sviluppo neuro-psicomotorio, apprendimento, autonomia, inclusione scolastica e partecipazione familiare. Nell'adulto, deve contribuire al mantenimento dell'attività lavorativa, della mobilità e delle relazioni. Nell'anziano, deve ridurre isolamento, rischio di cadute, perdita di autonomia e carico assistenziale. **La riabilitazione visiva, quindi, non è soltanto una procedura sanitaria, ma un intervento che incide sulla partecipazione della persona nei diversi contesti di vita.**

Outcome e follow-up

Uno dei limiti principali della riabilitazione visiva, sul piano clinico e scientifico, è la **mancanza di outcome uniformi e sistematicamente raccolti**. L'acuità visiva non è sufficiente a descrivere l'efficacia di un percorso riabilitativo. Occorre misurare velocità e accuratezza di lettura, sensibilità al contrasto, stabilità della fissazione, uso effettivo degli ausili, autonomia nelle attività quotidiane, sicurezza nella mobilità, qualità di vita correlata alla visione, soddisfazione del pa-

ziente e burden del caregiver. Il follow-up deve essere protratto nel tempo, perché molte condizioni responsabili di ipovisione sono croniche e progressive. Il bisogno riabilitativo cambia con l'evoluzione della malattia, con l'età, con l'ambiente di vita e con le tecnologie disponibili. Un paziente che inizialmente utilizza un ausilio ottico semplice può successivamente necessitare di dispositivi elettronici, training digitale, adattamenti domestici o supporto alla mobilità. La presa in carico deve quindi essere dinamica, non episodica.

La standardizzazione degli out come avrebbe anche un valore organizzativo. Consentirebbe di confrontare i centri, valutare l'efficacia degli interventi, programmare risorse, costruire registri nazionali e sostenere decisioni di politica sanitaria basate su dati. **La riabilitazione visiva deve uscire dalla dimensione frammentata della prestazione isolata e diventare un percorso misurabile, verificabile e integrato.**

Il ruolo dell'oculista

L'oculista occupa una posizione centrale nella rete della riabilitazione visiva. È lo specialista che diagnostica la patologia, ne segue l'evoluzione, valuta la stabilità del quadro clinico e intercetta il momento in cui il paziente presenta un bisogno funzionale non risolvibile con terapia o correzione ottica standard. Per questo motivo, l'invio alla riabilitazione dovrebbe essere considerato un atto clinico ordinario, non eccezionale.

Il paziente deve essere informato precocemente che **la riabilitazione non rappresenta la rinuncia alla cura, ma il completamento della cura.** Questa comunicazione è fondamentale per evitare la percezione di abbandono terapeutico. In molte patologie croniche, infatti, il paziente vive la progressiva perdita visiva come una sequenza di fallimenti terapeutici. La riabilitazione permette di riformulare l'obiettivo: non solo conservare la funzione anatomica, ma preservare autonomia, competenze e partecipazione.

L'oculista deve inoltre contribuire alla definizione di criteri di invio precoce. Nella degenerazione maculare, il

calo della velocità di lettura, la comparsa di scotoma centrale e la difficoltà nelle attività quotidiane possono rappresentare indicatori di invio. Nel glaucoma, la compromissione del campo visivo, la difficoltà di orientamento, il rischio di cadute e la riduzione della sicurezza nella mobilità devono indurre a considerare il percorso riabilitativo. Nella retinopatia diabetica e nelle patologie vascolari retiniche, l'alternanza di stabilizzazione e peggioramento richiede una presa in carico flessibile, capace di adattarsi all'andamento clinico.

La riabilitazione visiva è una componente imprescindibile dell'assistenza alla persona ipovedente. Essa integra competenze oftalmologiche, ortottiche, psicologiche, sociali, educative e tecnologiche, con l'obiettivo di valorizzare il residuo visivo e migliorare la qualità della vita quotidiana. In un contesto segnato dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle patologie oculari cronico-degenerative, la riabilitazione visiva deve essere riconosciuta come priorità di sanità pubblica.

L'Italia dispone di una normativa avanzata, di un'esperienza istituzionale consolidata e di un centro nazionale riconosciuto come Centro di collaborazione OMS. Tuttavia, persistono disomogeneità territoriali, carenze di équipe multidisciplinari, accesso tardivo ai percorsi e insufficiente standardizzazione degli out come. Il rafforzamento della rete riabilitativa, l'integrazione nei PDTA oftalmologici, la definizione di criteri di invio precoce, lo sviluppo di modelli hub-and-spoke e l'impiego appropriato della tele-riabilitazione rappresentano le principali direttrici di sviluppo.

Fonti

- Ministero della Salute. "La disabilità visiva in Italia". Fonte dei dati italiani su limitazioni visive gravi e moderate nella popolazione generale, negli over 65 e negli over 75.
- Ministero della Salute. "Quadro normativo". Fonte per Legge 284/1997, Decreto Ministeriale 18 dicembre 1997, Decreto Ministeriale 10 novembre



1999, Accordo Stato-Regioni 20 maggio 2004 e Legge 138/2001.

- Normativa. Legge 28 agosto 1997, n. 284, "Disposizioni per la prevenzione della cecità per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati".
- Parlamento italiano. Testo della Legge 284/1997, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 204 del 2 settembre 1997.
- Relazione al Parlamento sulle politiche inerenti alla prevenzione della cecità, educazione e riabilitazione visiva, attività 2023. Fonte dei dati su pazienti seguiti dai centri di riabilitazione visiva.
- Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva degli Ipoovedenti. Fonte per istituzione del Polo, sede, attività riconoscimento come Centro di collaborazione OMS dal 2013, rinnovato fino a maggio 2027.
- World Health Organization. "World Report on Vision". Fonte per stime globali su compromissione visiva e casi prevenibili o non adeguatamente trattati.
- Cochrane Database of Systematic Reviews. "Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults", 2020. Fonte per valutazione critica delle evidenze sugli interventi di riabilita-

zione visiva negli adulti.

- Cochrane. "Reading aids for adults with low vision". Fonte per evidenze sugli ausili ottici ed elettronici per la lettura negli adulti ipovedenti.
- Cochrane Database of Systematic Reviews. "Telerehabilitation for people with low vision", 2023. Fonte per stato delle evidenze sulla tele-riabilitazione visiva.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministro per le Disabilità. "Delega al Governo in materia di disabilità". Fonte per Legge 22 dicembre 2021, n. 227, e collegamento con Missione 5, Componente 2, del PNRR.
- Normativa. Legge 22 dicembre 2021, n. 227, "Delega al Governo in materia di disabilità".
- Gazzetta Ufficiale. Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62, "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato".
- Rete italiana classificazioni / OMS. ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. Fonte per il modello biopsicosociale del funzionamento, della disabilità e della salute.

A cura di IAPB Italia ETS

OCULISTICA E SISTEMI DI OFFERTA SANITARIA: CRITICITÀ, SOSTENIBILITÀ E RUOLO DEL CONVENZIONATO

Il sistema convenzionato come pilastro nella risposta ai bisogni di salute visiva, secondo il punto di vista della prof.ssa Rossella Appolloni e del dott. Alessandro Tiezzi

L'oculistica è tra le specialità mediche con la più alta richiesta di prestazioni, coinvolgendo tutte le fasce d'età della popolazione. In questo contesto, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non riesce da solo a coprire l'intero fabbisogno assistenziale e si avvale in maniera strutturale del contributo delle strutture private accreditate.

Questo modello organizzativo consente di ampliare l'offerta di prestazioni, ma presenta al tempo stesso criticità rilevanti, legate ai limiti di budget, alle liste d'attesa e alla sostenibilità delle prestazioni.

Ne parliamo con la prof.ssa **Rossella Appolloni**, direttrice dell'Unità Operativa di Oculistica della Casa di Cura Fabia Mater di Roma, e con il dott. **Alessandro Tiezzi**, medico chirurgo oculista presso la stessa struttura.

Intervista alla Prof.ssa Rossella Appolloni, direttrice UO Oculistica, Casa di Cura Fabia Mater, Roma

L'oculistica registra una delle domande di prestazioni più alte tra tutte le specialità mediche, con un'utenza che attraversa ogni fascia d'età. Un ca-

Il sistema convenzionato avrà un ruolo sempre più centrale, perché consente di rispondere a un numero elevato di richieste, sia in termini di riduzione delle liste d'attesa sia di capacità organizzativa.

rico che il SSN da solo non riesce a sostenere, e che scarica sul sistema convenzionato una responsabilità crescente. Quali sono oggi le criticità più urgenti da affrontare?

Criticità come il sottofinanziamento, i tetti di spesa, la disomogeneità regionale, le liste d'attesa e la carenza di personale

sono tutte presenti, ma vanno distinte a seconda che si parli di prestazioni ambulatoriali oppure chirurgiche. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale e clinica, il problema principale è rappresentato dalle liste d'attesa, che sono molto lunghe. Se invece consideriamo la chirurgia convenzionata, l'aspetto più critico è il budget, la sua riduzione e, soprattutto, il compenso previsto dal SSN per ogni prestazione chirurgica, che risulta realmente insufficiente. Le liste d'attesa restano comunque una criticità anche in questo ambito, sebbene nel sistema convenzionato, dove non sempre è necessario accedere tramite CUP, sia possibile gestire più facilmente le urgenze o i casi complessi che richiedono un intervento prioritario.

Quanto alla carenza di personale, nella mia struttu-



ra non rappresenta un problema, perché si tratta di un'organizzazione costruita nel tempo, con personale selezionato, medico, infermieristico e anestesiologicalo, secondo criteri orientati all'interesse del paziente e a un funzionamento efficiente.

Lei proviene da una importante clinica oculistica, dove ha diretto vari reparti, maturando esperienza sia sul piano clinico sia su quello organizzativo. Quali differenze riscontra, in positivo e in negativo, tra il sistema pubblico e quello convenzionato?

Si tratta di due realtà completamente diverse. L'esperienza nella struttura universitaria mi ha insegnato molto, sia in termini di gestione sia, soprattutto, in relazione a ciò che è opportuno evitare dal punto di vista organizzativo. Nel sistema convenzionato ho la possibilità di adottare soluzioni che ritengo più adeguate, sia per il paziente sia per la gestione complessiva della struttura, anche per superare alcune delle criticità che il sistema pubblico non riesce ad affrontare con la stessa flessibilità.

Quanto pesa l'organizzazione interna di una struttura sulla qualità del lavoro e sulla crescita professionale di chi ci lavora?

Posso rispondere soprattutto per quanto riguarda la

mia esperienza nel sistema convenzionato, anche considerando che non tutte le strutture sono uguali.

Ho cercato di costruire un'organizzazione con una chiara struttura gerarchica, con una figura responsabile e diversi livelli di supporto. Questo consente al medico oculista di lavorare in un ambiente organizzato, in cui ciascuno sa cosa deve fare, come muoversi ed è tutelato, e può dedicarsi alla branca più affine alle proprie competenze.

È però fondamentale che la struttura sia seguita e gestita quotidianamente: non basta un'organizzazione formale, ma è necessaria una presenza costante.

Nella mia esperienza i medici lavorano volentieri. Si tratta di un gruppo consolidato nel tempo, a cui si aggiungono nuove professionalità che vengono formate. Le attività sono ben suddivise: c'è chi si occupa di chirurgia del segmento anteriore, chi di chirurgia vitreo retinica e chi della chirurgia degli annessi.

Alcuni settori dell'oculistica, come oftalmoplastica, vie lacrimali, strabismo o ottica fisiopatologica, sono meno coperti dal sistema pubblico. Il sistema convenzionato è in grado di rispondere a queste esigenze?

Si tratta di chirurgie complesse, anche se possono apparire meno impegnative rispetto ad altre. La com-

plexità deriva dal fatto che non sono facilmente apprendibili e vengono praticate meno frequentemente. Inoltre, possono essere eseguite solo in regime di day hospital e sono rimborsate dal SSN in modo molto limitato. Possono quindi essere sostenute solo in strutture che hanno un volume complessivo di attività tale da compensare questi costi.

Nel nostro caso riusciamo a offrirle perché esiste un equilibrio economico garantito dalle altre branche dell'oculistica.

Il problema, però, è più ampio. L'oculistica è una branca in cui la tecnologia ha fatto passi molto importanti negli ultimi anni, con costi elevati: basti pensare alle apparecchiature per la chirurgia della cataratta o ai vitrectomi per la chirurgia vitreo retinica, oltre ai materiali monouso.

Con una retribuzione per singolo intervento, è difficile sostenere questi costi. In alcuni casi è praticamente

impossibile utilizzare determinate tecnologie, come i cristallini artificiali premium o il laser a femtosecondi. Questo crea una contraddizione: è necessario mantenere standard qualitativi elevati, ma con risorse limitate. Ridurre i costi intervenendo sui materiali o sulle tecniche non è una soluzione percorribile, anche per motivi medico-legali.

Nel sistema pubblico questo problema non si pone nello stesso modo, mentre nel sistema convenzionato è necessario avere piena consapevolezza dei costi, perché anche un utilizzo maggiore di materiali può incidere sull'equilibrio economico della struttura.

Negli ultimi anni, inoltre, si osserva un fenomeno rilevante: i pazienti arrivano all'intervento dopo lunghi tempi di attesa, spesso con quadri clinici più complessi. Non è raro che riferiscano di essere in lista d'attesa da anni, con un impatto significativo soprattutto nei pazienti anziani.



Intervista al Dott. Alessandro Tiezzi, Medico chirurgo oculista - Casa di Cura Fabia Mater, Roma

Si trova bene nel sistema convenzionato o prenderebbe in considerazione il passaggio al pubblico? Nella struttura in cui lavora trova adeguate opportunità di crescita professionale?

Mi trovo bene, ma sono consapevole di trovarmi in una situazione particolarmente favorevole, una sorta di isola felice.

Durante il mio percorso ho incontrato persone che mi hanno dato la possibilità, fin dai primi giorni della specializzazione, di imparare la professione sia dal punto di vista chirurgico sia clinico. Questo mi ha dato la possibilità di costruire un ventaglio di esperienze in contesti clinici e chirurgici diversi.

Oggi lavoro in una struttura che offre una casistica molto ampia e una frequenza chirurgica praticamente quotidiana, con un'organizzazione orientata anche alla formazione dei giovani chirurghi. Detto questo, si tratta di realtà non così frequenti.

La formazione chirurgica durante la specializzazione è adeguata? E come si potrebbe migliorare?

Negli ultimi anni, per quanto posso osservare, la situazione sta migliorando. L'attività chirurgica degli specializzandi è aumentata e i percorsi sono più strutturati rispetto al passato. Nel mio caso, durante i cinque anni di specializzazione, l'accesso alla sala operatoria è stato limitato.

La formazione chirurgica resta comunque un percorso lungo e complesso, che non si esaurisce nel completamento di un certo numero di interventi. Si può parlare di reale autonomia solo quando si è in grado di affrontare qualsiasi caso in sicurezza, gestendo anche le eventuali complicanze e garantendo il risul-

tato. È un punto importante: uscire dalla specializzazione con un certo numero di interventi eseguiti non significa essere realmente autonomi.

Conta molto anche il contesto didattico. Un conto è eseguire un intervento, un altro è essere affiancati da un chirurgo esperto in grado di intervenire e gestire eventuali complicanze. Questo richiede un livello di esperienza e sicurezza molto elevato. Nel mio caso, è stata determinante la possibilità di lavorare in un ambiente in cui ero sempre affiancato da professionisti in grado di intervenire senza esitazioni.

Cosa pensa dei giovani oculisti che scelgono di lavorare esclusivamente nel privato?

Si tratta spesso di una scelta obbligata. I concorsi pubblici sono limitati e il percorso di formazione è lungo, con una retribuzione contenuta. Molti colleghi arrivano alla fine della specializzazione in una fase della vita in cui hanno già responsabilità familiari e necessità economiche. Il privato offre la possibilità di iniziare subito a lavorare con un ritorno economico più rapido. Il sistema pubblico garantisce maggiore stabilità, ma richiede un impegno significativo in termini di tempo, a fronte di una retribuzione che non sempre è adeguata al costo della vita.

Come vedete l'oculistica del futuro?

Il sistema convenzionato avrà un ruolo sempre più centrale, perché consente di rispondere a un numero elevato di richieste, sia in termini di riduzione delle liste d'attesa sia di capacità organizzativa. Il sistema pubblico continuerà a rappresentare un riferimento importante, soprattutto nelle realtà che funzionano in modo efficiente. Parallelamente, il settore privato è destinato a crescere, anche per il progressivo aumento delle coperture assicurative.

A cura di IAPB Italia ETS

LA MERAVIGLIA A PORTATA DI MANO

Un'esperienza tattile alla Cappella Sansevero restituisce l'arte anche a chi non può vederla, trasformando il modo stesso di percepire la bellezza

Cosa significa vedere un'opera d'arte? All'interno della Cappella Sansevero di Napoli questa domanda si trasforma in una esperienza concreta grazie a un'iniziativa che permette alle persone con disabilità visiva di entrare in contatto diretto con alcune delle opere più celebri, a partire dal Cristo velato. Un progetto che non è solo accessibilità, ma un ripensamento profondo del rapporto tra arte e percezione.

“Il velo che copre Cristo è straordinario. È impossibile capire come Sanmartino sia riuscito a crearlo. Il velo sfida ogni spiegazione per chi vede e per chi non vede. Quando lo tocchi, puoi sentire le vene pulsare sotto”. Ne abbiamo parlato con Chiara Locovardi, guida tattile

Come nasce la decisione di permettere ai visitatori con disabilità visiva di entrare in contatto diretto con le opere del museo?

L'idea di rendere accessibile il patrimonio della Cappella Sansevero a un pubblico il più ampio possibile non è nuova. Questa iniziativa rappresenta in realtà un ritorno, dopo più di dieci anni, a un'esperienza già sperimentata in passato. Nel tempo abbiamo continuato a **interrogarci su come la bellezza straordinaria delle nostre opere potesse davvero essere di tutti.**

Il Cristo velato, insieme ai basamenti del Disinganno e della Pudicizia, si presta perfettamente a un'esperien-

Con la metodologia dell'esplorazione tattile si costruisce un'immagine attraverso il racconto che accompagna ogni singolo movimento, permettendo a tutti di sentire anziché di vedere.

za tattile: **le fattezze di Cristo celate sotto il velo e gli episodi biblici narrati nei bassorilievi rendono possibile un incontro diretto, anche fisico, con l'opera.** Da questa consapevolezza, e dalla collaborazione con l'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti (UICI), Sezione di Napoli, è nata la spinta concreta per costruire un progetto strutturato e all'altezza delle opere e dei visitatori.

Quali accorgimenti sono stati necessari per rendere possibile l'esperienza tattile?

L'organizzazione ha richiesto molti mesi di lavoro e un confronto attento tra il **museo, l'UICI e Roberta Meo-martini**, guida turistica esperta in percorsi tattili, che ha curato la formazione delle guide non vedenti dell'UICI.

Il primo nodo da sciogliere era naturalmente quello della tutela delle opere. **Il marmo del Cristo velato è un materiale delicatissimo, e qualsiasi contatto deve essere regolato con grande cura.** Per questo, ai visitatori è stato richiesto di indossare **guanti di lattice** e di non portare anelli, bracciali, orologi o altri oggetti che possano arrecare anche il minimo danno.

Eccezionalmente, per consentire un accesso ravvicinato alla statua, è stata rimossa la recinzione che normalmente circonda il Cristo. Ogni dettaglio del percorso è stato calibrato sulle esigenze specifiche dei partecipanti, **a partire dall'accoglienza con**



un'introduzione curata dallo staff dei servizi educativi del Museo.

Come spiega Roberta Meomartini, storica dell'arte e guida specializzata in percorsi tattili: con la **metodologia dell'esplorazione tattile si costruisce un'immagine attraverso il racconto che accompagna ogni singolo movimento, permettendo a tutti di sentire anziché di vedere**. L'esplorazione avviene con una o entrambe le mani ed è accompagnata dalla guida, che segue e orienta il movimento del visitatore centimetro dopo centimetro, adattandosi alle sue esigenze.

Come si è svolta concretamente la visita?

La visita si è svolta in una giornata di apertura straordinaria ed esclusiva per il pubblico di non vedenti e ipovedenti, **martedì 17 marzo 2026**, ed ha avuto una struttura pensata per essere immersiva fin dall'ingresso. I visitatori sono stati accolti dallo staff dei servizi

educativi del Museo con una descrizione introduttiva della Cappella Sansevero, con particolare attenzione alla figura del **Principe Raimondo di Sangro, il geniale ideatore del progetto iconografico dell'intero complesso monumentale**. Comprendere chi ha voluto quelle opere, con quale intenzione e quale visione, è stata parte essenziale dell'esperienza.

Successivamente, i visitatori sono stati guidati nell'esplorazione tattile del Cristo velato e dei bassorilievi marmorei posti ai piedi della Pudicizia e del Disinganno, con guide non vedenti dell'UICI appositamente formate: una scelta precisa, perché **chi conosce il mondo attraverso il tatto può insegnare agli altri a fare lo stesso in modo adeguato e autentico**.

A ciascun visitatore con disabilità visiva è stato consentito l'accesso con un accompagnatore e/o un cane guida. Al termine del percorso, in sacrestia, ogni ospite ha ricevuto **in omaggio una guida in braille del Mu-**

seo, realizzata in collaborazione con l'UICI e stampata dalla Stamperia Regionale Braille ETS di Catania, un oggetto che resterà poi a disposizione per le future visite di persone con disabilità visiva.

In che modo iniziative come questa contribuiscono a rendere l'arte più accessibile?

Un percorso tattile non è semplicemente un servizio aggiuntivo per una categoria di visitatori, è **un invito a riconsiderare cosa significa vedere un'opera d'arte**, e a riconoscere che **l'esperienza estetica può passare per canali diversi dalla vista**.

Questo cambia il modo in cui lo staff accoglie, il modo in cui le guide raccontano, il modo in cui si progetta lo spazio. **I beneficiari, alla fine, sono tutti**. Chi visita la Cappella con piena capacità visiva può, grazie a questa riflessione, rallentare davanti al Cristo velato e chiedersi cosa sentirebbe se lo toccasse: è una domanda che arricchisce la visione. L'inclusione non è un adattamento per pochi, ma una trasformazione che **amplia il senso dell'arte per tutti**.

L'iniziativa sarà riproposta?

L'interesse già prima dell'evento è stato significativo, con prenotazioni che hanno esaurito rapidamente i posti disponibili. Questo ci dice che **la domanda c'è, ed è reale**. Il fatto che l'iniziativa arrivi dopo oltre dieci anni dall'ultima esperienza analoga ci ha confermato quanto sia attesa e necessaria.

Stiamo valutando come strutturarla in modo più continuativo, compatibilmente con la tutela delle opere. Ricordiamo che, durante la normale apertura al pubblico, sono disponibili **strumenti specifici a supporto della visita, come il tour Descrivendo**, con audioguide dedicate agli ipovedenti.

Come ha sottolineato la **direttrice Maria Alessandra Masucci**: "L'accessibilità è un metodo, una mentalità. Abbiamo il dovere di mettere a disposizione gli strumenti perché tutti possano conoscere e godere degli spazi culturali. L'accessibilità deve diventare ordinaria".

Che reazioni avete osservato nei visitatori?

Le reazioni dei visitatori sono andate ben oltre le nostre aspettative. Il contatto con il marmo del Cristo velato **ha aperto una dimensione inedita, capace di andare oltre l'esperienza meramente cognitiva**, coinvolgendo la parte più emotiva di chi si avvicinava all'opera per la prima volta. Un aspetto che ha sorpreso anche noi è che il tatto rivela dettagli che spesso la sola vista non coglie. Le guide hanno potuto confermare, centimetro per centimetro, ciò che l'esplorazione manuale restituisce, **una percezione che arricchisce l'esperienza** anche per chi, pur avendo visto l'opera molte volte, la incontra davvero solo toccandola.



Valeria Iannucci, Medico Oculista, Consulente Fondazione IAPB Italia ETS

L'USCITA DEGLI STATI UNITI D'AMERICA DALL'OMS: NUOVE OMBRE SULLA SALUTE GLOBALE

La fine del principale contributo economico USA rischia di ridurre fondi, rallentare programmi vaccinali e di salute oculare, e indebolire la sorveglianza globale delle emergenze sanitarie

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fu fondata il 7 aprile 1948, quale **organo delle Nazioni Unite** con competenze e responsabilità di sanità pubblica. Oggi, tra i suoi membri figurano 193 Stati, che partecipano all'Assemblea con diritto di voto, uno Stato osservatore permanente, Città del Vaticano, che collabora e partecipa all'Assemblea senza diritto di voto, e numerosi osservatori non permanenti, perlopiù Organizzazioni non governative e intergovernative, fondazioni ed enti privati con competenze sanitarie, che ricoprono un ruolo tecnico e consultivo, ma non partecipano all'Assemblea.

Nei suoi 78 anni di attività, l'OMS ha determinato alcune fondamentali conquiste di salute pubblica, che difficilmente sarebbero potute avvenire in assenza di un organismo internazionale dedicato. Il più grande successo è stata sicuramente l'**eradicazione del vaiolo umano**, raggiunta nel 1980 grazie alle vaccinazioni di massa e al monitoraggio dei focolai della malattia. Il vaiolo è stato la prima e, ad oggi, l'unica malattia infettiva umana completamente eliminata sul pianeta Terra, una svolta epocale in termini di salute pubblica. Sempre grazie ai vaccini, oggi si punta all'**eradicazione della poliomielite**, debellata circa al 99%

Il ritiro USA riduce risorse finanziarie e tecniche a disposizione dell'OMS, rallenta l'attuazione concreta di linee guida e programmi di formazione, e limita il supporto operativo ai Paesi.

rispetto al 1988, anno in cui è stata lanciata la Global Polio Eradication Initiative, e alla riduzione drastica di altre malattie infettive.

Questi risultati eccezionali si sono ottenuti negli anni grazie al **contributo e alla collaborazione degli Stati Membri** dell'OMS, che comprendono quasi la totalità dei Paesi del globo. Gli Stati Uniti d'America (USA), in particolare, sono stati uno dei membri storici, nonché tra i principali contribuenti dell'Organizzazione. Il 22 gennaio 2026, però, gli **USA hanno completato ufficialmente il proprio ritiro dall'OMS, mettendo fine a una collaborazione di quasi 78 anni.**

Il processo era stato avviato dal presidente Donald Trump con un ordine esecutivo datato 20 gennaio 2025. L'amministrazione Trump ha giustificato questa scelta in quanto non condivideva la gestione della pandemia COVID-19 da parte dell'OMS e, soprattutto, ha accusato l'Organizzazione di aver chiesto agli USA contributi sproporzionatamente maggiori in confronto ad altri Paesi membri, in maniera a suo dire ingiustificata.

Nel corso del 2025 gli USA hanno limitato i finanziamenti, richiamato il personale e abbandonato progressivamente gli organi decisionali dell'OMS.

Quali potrebbero essere le conseguenze di questa scelta sulla salute globale?

L'OMS riceve due principali categorie di finanziamenti: i **contributi obbligatori** (assessed contributions), versati dagli Stati membri in base al PIL e alla popolazione, che costituiscono circa il 15% del budget totale, e i **contributi volontari** (voluntary contributions), ovvero donazioni libere da parte di Stati, organizzazioni intergovernative, fondazioni private, ONG, ecc., che costituiscono la maggior parte delle risorse. Questi ultimi possono essere vincolati o meno a specifici progetti di salute pubblica e comprendono anche il Contingency Fund for Emergencies, ovvero i fondi per le emergenze sanitarie.

Prima del ritiro, gli USA erano il maggior contributore dell'OMS, con un budget complessivo variabile negli anni, che si è attestato a circa **1 miliardo e 300 milioni di dollari nel biennio 2024-2025**. Tra questi, i contributi obbligatori ammontavano a circa **218 milioni di dollari**. Il versamento della quota obbligatoria è cessato immediatamente nel momento in cui è stata formalizzata l'uscita dall'OMS.

Nel totale figuravano anche i contributi volontari, stanziati dal governo statunitense per programmi specifici approvati dal Congresso, che ammontavano a circa 1 miliardo di dollari. Questi subiranno un destino più incerto. I programmi già finanziati potrebbero continuare fino a scadenza, mentre nuovi progetti verosimilmente non riceveranno fondi. Quindi, anche se i contributi complessivi versati dagli USA si attestavano a circa 1 miliardo e 300 milioni di dollari, il taglio complessivo sarà inferiore e in parte graduale.

Tuttavia, **l'impatto economico** resta **devastante** e l'OMS vedrà fortemente limitata la liquidità a sua disposizione.

Quali settori verranno maggiormente colpiti da questa perdita?

Principalmente, ci sono gravi preoccupazioni per la **gestione delle emergenze** e per la **sorveglianza epi-**

demologica. I fondi destinati all'Health Emergencies Programme finanziano squadre di risposta rapida per focolai di gravi patologie infettive, come Ebola, colera, influenza aviaria, ecc., sistemi di sorveglianza epidemiologica globale, logistica per forniture mediche d'emergenza e coordinamento internazionale durante le pandemie. A causa del minor afflusso di fondi, sono previsti una riduzione del personale tecnico e delle missioni sul campo, nonché una minore capacità di intervento rapido. Le **emergenze sanitarie** saranno probabilmente uno dei settori più **vulnerabili** perché, per essere contenute, richiedono liquidità pressoché immediata. Ci si aspetta anche una battuta d'arresto sul progetto di eradicazione della poliomielite, e in generale sui **programmi di immunizzazione**, in quanto uno dei compiti dell'OMS è quello di definire le raccomandazioni sui vaccini stagionali, coordinare standard tecnici globali e supportare campagne vaccinali nei Paesi fragili. La **lotta all'infezione da HIV** potrebbe essere compromessa non solo dall'uscita degli USA dall'OMS, ma anche dall'incertezza sui fondi che gli USA versano al President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), programma specificamente dedicato a questa malattia. Inoltre, potrebbero verificarsi intralci logistici, ritardi nell'aggiornamento delle norme o nella raccolta e analisi dei dati epidemiologici relativi, che sono competenza dell'OMS. A quest'ultima considerazione si collega un altro aspetto alquanto delicato che rischia di venir inficiato dall'abbandono degli USA: la compromissione delle reti di laboratorio internazionali, che avrà un impatto negativo sulla condivisione di dati su virus emergenti, sulla selezione dei ceppi per vaccino antinfluenzale, e che contribuirà **all'indebolimento dei sistemi globali di earlywarning**, tra i quali il Global Influenza Surveillance and Response System. Un altro settore che veniva largamente finanziato da fondi volontari USA era quello della **salute materno-infantile**, dove ci si aspettano conseguenze negative a lungo termine, soprattutto nei Paesi a basso reddito, dove potrebbero riscontrare ritardi nelle vaccinazioni pediatriche, nella

distribuzione di integratori nutrizionali, nella formazione di ostetriche e nelle campagne di educazione sanitaria in gravidanza, con possibile peggioramento degli indici di salute materno-infantile.

E per quanto riguarda l'Oftalmologia? Cosa possiamo aspettarci?

L'OMS promuove la salute oculare, con l'obiettivo di **ridurre la cecità** evitabile e garantire l'**accesso universale ai servizi di cura** della vista a livello globale. La sua azione si sviluppa su più livelli, clinico, strategico, normativo e operativo, integrando prevenzione, diagnosi, trattamento, pianificazione sanitaria e supporto tecnico ai Paesi membri.

L'OMS fornisce e aggiorna documenti e framework strategici per raggiungere gli obiettivi di salute oculare. Nel *World Report on Vision* raccomanda l'integrazione della salute oculare nei sistemi sanitari attraverso il modello di Integrated People-Centred Eye Care (IPEC). A supporto di questo approccio ha sviluppato il Packa-

ge of Eye Care Interventions, che raccoglie interventi basati su evidenze per includere le cure oculistiche nei livelli essenziali di assistenza, e il manuale tecnico *Eye Care in Health Systems – Guide for Action*, per pianificare e monitorare servizi integrati.

Gli obiettivi sono formalizzati nei **2030 Global Eye Care Targets**, che puntano in particolare ad aumentare la copertura efficace della **chirurgia della cataratta** e della **correzione dei difetti refrattivi**. Il coordinamento operativo è affidato all'Eye Care, Vision Impairment and Blindness Programme, che fornisce strumenti tecnici per affrontare le principali cause di disabilità visiva a livello globale.

Sul piano clinico, particolare attenzione è dedicata a specifiche malattie e condizioni oculari. L'OMS sostiene la Global Initiative for the Elimination of Trachoma, basata sulla strategia **SAFE**: chirurgia per le complicanze cicatriziali (Surgery), distribuzione di antibiotici contro la *Chlamydia trachomatis* (Antibiotics), promozione dell'igiene facciale (Facial cleanliness) e miglio-



mento delle condizioni igieniche ambientali, soprattutto dell'accesso all'acqua pulita (Environmental improvement). Ha inoltre collaborato tecnicamente alla mappatura epidemiologica globale del tracoma per orientare gli interventi nei Paesi endemici, contribuendo, ad oggi, a eliminare la patologia come problema di salute pubblica in 27 Paesi. Esiste anche un network dedicato all'oncocercosi, il Global Onchocerciasis Network for Elimination (GONE) che sostiene i Paesi endemici nell'eliminazione della cecità fluviale.

Ci sono anche specifici programmi per la prevenzione della cecità infantile, che comprendono screening neonatali e prenatali, vaccinazioni contro infezioni materne, oltre a interventi nutrizionali e programmi educativi rivolti ai caregiver per prevenire carenze vitaminiche. Un'attenzione prioritaria è riservata anche ai difetti refrattivi, che costituiscono la quota più ampia di disabilità visiva evitabile a livello globale e possono essere corretti con soluzioni semplici e a basso costo. Da qui nasce l'iniziativa **SPECS 2030**, lanciata nel 2024, con l'obiettivo di aumentare del 40% la percentuale di accesso a una correzione rifrattiva efficace entro il 2030. I pilastri di SPECS 2030 sono: i Servizi per migliorare l'accesso, il Personale per la formazione dei professionisti del settore, l'Educazione per sensibilizzare la popolazione sull'importanza della salute oculare, la riduzione dei Costi e la Sorveglianza per potenziare la raccolta dati e la ricerca nel settore. L'iniziativa coinvolge governi, settore non-profit e si giova di un cospicuo apporto da parte di privati, come la OneSight Essilor-Luxottica Foundation.

Nel complesso, l'OMS promuove una visione integrata della salute oculare, considerandola parte essenziale dei sistemi sanitari generali, in collaborazione con governi, ONG e partner internazionali, tra cui IAPB, Lions Club e fondazioni private, con l'obiettivo comune di ridurre in modo significativo la cecità evitabile e garantire a tutti il diritto alla vista in modo equo e sostenibile. Ovviamente ci si aspetta che l'uscita degli USA dall'OMS abbia delle conseguenze anche sugli obiet-

tivi di salute oculare. In particolare, l'Eye Care, Vision Impairment and Blindness Programme, che coordina linee guida, formazione specialistica e assistenza ai Paesi membri, rischia di subire la perdita di personale dedicato e rallentamenti nelle iniziative in Paesi a basso reddito. Analogamente, può venir limitata la diffusione e l'implementazione di documenti strategici, il supporto operativo, il training richiesti per gli operatori e la raccolta dati. Tutto questo potrebbe portare a **rallentamenti sul raggiungimento dei 2030 Global Eye Care Targets**.

In sintesi, il ritiro USA riduce risorse finanziarie e tecniche a disposizione dell'OMS, rallenta l'attuazione concreta di linee guida e programmi di formazione, e limita il supporto operativo ai Paesi. Anche se probabilmente, in termini assoluti, i programmi di salute oculare dovrebbero subire perdite modeste in confronto ad altri settori (come vaccinazioni o emergenze sanitarie, che hanno sicuramente budget più elevati), ci si aspetta un impatto relativo più evidente in contesti vulnerabili.

Quale potrebbero essere dei possibili approcci per fronteggiare le scelte dell'amministrazione Trump?

Dopo il ritiro formale degli USA, ci si potrebbe chiedere se i singoli Stati federati possano scegliere autonomamente di versare all'OMS almeno i contributi volontari. Purtroppo, però, questo non è possibile, in quanto, secondo la Costituzione degli USA, la politica estera e i rapporti con organizzazioni internazionali come l'OMS sono di competenza del Presidente e del Congresso e **nessuno Stato singolo può agire autonomamente** in questo senso.

Alcuni Stati e città, tuttavia, hanno deciso comunque di andare controcorrente, scegliendo di aderire a network tecnici internazionali coordinati dall'OMS, come il **Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)**. Il GOARN monitora emergenze sanitarie, rileva focolai epidemici, invia esperti sul campo e supporta i Paesi nella gestione delle crisi. La California è stata la prima a dichiarare la partecipazione a GOARN. Hanno fatto



seguito l'Illinois, lo Stato di New York e il dipartimento sanitario della città di New York. Anche se queste adesioni non comportano fondi all'OMS, danno comunque un forte segnale, e indicano la volontà di alcuni singoli Stati USA di scambiarsi dati e best practices per non sentirsi esclusi dai **network della salute globale**.

L'assenza degli Stati Uniti potrebbe ridisegnare equilibri e priorità globali dell'OMS, e altri Paesi potrebbero soppiantare la sfera d'influenza degli USA; d'altra parte, partner chiave come Gavi, UNICEF e grandi fondazioni private come la Gates Foundation (che ha versato da sola quasi 830 milioni di dollari nel biennio 2024-2025), potrebbero sentirsi sotto maggiore pressione per colmare il gap finanziario. L'impatto effettivo dipenderà dalla capacità degli altri membri di **compensare** i contributi mancanti, dalla possibilità di ridurre o ristrutturare programmi e dalla flessibilità dei partner privati.

Prima del ritiro degli USA, il budget biennale dell'OMS per il ciclo 2024-2025 si aggirava sugli **8 miliardi di dollari**. Sembrerebbe che il Consiglio Esecutivo dell'OMS abbia già valutato una possibile riduzione delle assunzioni di personale e delle missioni per far fronte alla perdita dei contributi USA.

Per quanto si possano attuare strategie compensative, il ritiro degli USA rimane un colpo significativo per la governance e il budget dell'OMS. Eppure, si potrebbe considerare anche un altro punto di vista: se da una parte l'Organizzazione ha perso una grande quantità di fondi, gli Stati Uniti d'America hanno perso l'accesso a un network strategico essenziale e influente, e questo

potrebbe avere conseguenze anche più gravi del mero danno economico. Dal canto loro, pur sottraendosi all'egida dell'Organizzazione, gli USA dichiarano di non voler rinunciare a un **ruolo di leadership** in ambito sanitario, ma di volerlo fare tramite **cooperazioni bilaterali dirette** con altri Paesi, con enti non governativi e settore privato. La scelta dell'amministrazione Trump, sul lungo termine, potrebbe ritorcersi contro gli stessi cittadini americani in termini di salute pubblica.

La comunità scientifica internazionale è consapevole che, come la pandemia COVID-19 dovrebbe averci insegnato, in un mondo globalizzato la salute non può essere considerata un affare nazionale, ma una **responsabilità collettiva** ed efficientemente coordinata, condivisa da tutti i Paesi del mondo. Rifiutare questa evidenza, purtroppo, conferma l'approccio diffidente dell'attuale Governo statunitense nei confronti della Comunità scientifica, in modo coerente con i tentativi di limitare il budget e la libertà di sperimentazione delle Università e degli Enti di ricerca americani al punto che, secondo un'indagine condotta dalla rivista *Nature*, il 75% dei ricercatori intervistati sta pensando di lasciare il Paese, con Europa e Canada tra le mete di lavoro preferite. Resta da chiedersi se, al prossimo mandato presidenziale, gli Stati Uniti d'America decideranno di riconsiderare la via della collaborazione o se continueranno a voler affrontare in **autonomia** i temi della Salute e della Scienza. Possiamo solo sperare che, qualsiasi panorama riservi il futuro, l'OMS sappia affrontare le sfide a venire con saggezza e resilienza.

Federico Marmo, Medico Oculista, specialista in igiene e medicina preventiva

Ester Piegari,, Medico Legale ASL Napoli 1 Centro

L'ACCERTAMENTO DELLA RESPONSABILITÀ SANITARIA NELL'EVENTO AVVERSO: L'HINDSIGHT BIAS

Linee guida, contesto operativo ed esperienza specialistica rappresentano elementi imprescindibili per un corretto giudizio tecnico-clinico

La medicina contemporanea è vittima di una deriva escatologica: da scienza al servizio della cura del sofferente si è trasformata **in strumento di manutenzione del perfetto**, proponendosi in una prospettiva di onnipotenza che nega il limite e la caducità quali categorie costitutive dell'essere umano. In questo scenario, la salute non è più intesa come ricerca di un equilibrio esistenziale dell'uomo di fronte all'inevitabile entropia del divenire, ma come aspirazione a un eterno presente che ha rimosso i confini della dimensione biologica. **La malattia, la vecchiaia e la morte** non sono più percepite come tappe ineludibili dell'esistenza, ma vengono sempre più spesso vissute e rappresentate come **défaillance tecniche che la scienza avrebbe il potere, e il dovere, di prevenire o eliminare**.

In questa visione distorta, qualsiasi evento avverso che si verifica in medicina è per preconetto considerato **la conseguenza di un malfunzionamento del sistema** che implica, quasi sempre, una responsabi-

Il medico va giudicato come un navigante: non può essere ritenuto colpevole della tempesta perfetta che la affonda

lità: alla narrazione mediatica di una medicina pressoché infallibile consegue che **ogni esito negativo** quasi mai viene accettato come una possibile imprevedibile fatalità, ma **è sistematicamente rivendicato come**

errore commesso da qualcuno. Questa percezione ha prodotto una vera metamorfosi antropologica: i servizi sanitari, da luoghi di accoglienza, assistenza e presa in carico, si sono progressivamente ridotti a strutture che, secondo logiche meccanicistiche, devono erogare prodotti e servizi che **il paziente, trasformato in cliente-consumatore**, pretende, spesso con aspettative di risultati illusori e irrealistici, e che il medico è ritenuto tenuto a garantire nella misura più aderente possibile a tali attese. **Quando il risultato non corrisponde alle pretese, scattano rivalse e contenziosi**, e il giudice, figlio della stessa cultura, tende a misurare la responsabilità sulle dimensioni qualiquantitative degli esiti e sulla delusione delle attese del paziente, più che sulla correttezza delle decisioni e delle azioni del medico.



Questa deriva culturale si traduce in una vera e propria trappola, in cui il giudizio medico-legale contemporaneo inciampa di frequente. **La condotta del medico** viene valutata e giudicata in funzione dell'esito del trattamento, mediante il confronto dell'esito reale, quale che sia, **con modelli nosologici teorici**, spesso scarsamente aderenti alla singolarità del caso concreto. La valutazione a partire dall'esito comporta, di fatto, la trasformazione dell'obbligazione di mezzi in un'obbligazione di risultato. Ancor più problematico è che **la valutazione dell'accettabilità dell'esito clinico** risulta spesso condizionata dalla **percezione soggettiva del paziente**, ossia dalla distanza che egli pone tra il risultato conseguito e le sue aspettative, frequentemente irrealistiche, più che da una misura oggettiva della qualità e dell'appropriatezza dell'intervento sanitario.

In questo contesto culturale trova terreno molto fertile **il bias del senno di poi** (hindsight bias), **una distorsione cognitiva del giudizio retrospettivo** che porta a sopravvalutare, dopo il verificarsi di un evento, la sua prevedibilità ex ante, come se l'esito fosse stato logicamente desumibile sin dall'origine dei fatti.

Psicologicamente, l'**hindsight bias** può essere interpretato come **un meccanismo difensivo contro l'ansia dell'incertezza**, perché offre l'illusione di un mondo prevedibile, soprattutto dopo esiti negativi; se un tale bias può essere comprensibile e, in certa misura,

giustificabile sul piano umano, e clinico, è tuttavia giuridicamente inaccettabile, in quanto **altera il giudizio ex post inducendo il decisore a sovrastimare la prevedibilità e l'evitabilità dell'evento**.

In ambito medicolegale il bias del senno di poi si traduce nella **tendenza a rileggere selettivamente i dati clinici disponibili** all'epoca dei fatti alla luce dell'esito conosciuto, **enfaticizzando a posteriori i segnali che conducono all'evento infausto** e svalutando l'incertezza diagnostico-prognostica che caratterizzava la situazione originaria. Se il divario tra esito ottenuto e risultato sperato diventa il parametro principale di valutazione della colpa, **la medicina**, che opera su organismi e processi biologici intrinsecamente ultra-complessi e governati da dinamiche probabilistiche, **si trasforma in una scommessa persa in partenza per il sanitario**. Occorre riaffermare un principio mai realmente superato: in ambito sanitario sussiste un'obbligazione di mezzi e non di risultato. **L'errore non coincide con l'esito negativo, ma con la deviazione ingiustificata dalle corrette procedure** e, più in generale, con lo scorretto o inadeguato impiego dei mezzi diagnostici, terapeutici e tecnici. La responsabilità deve essere misurata esclusivamente attraverso **la valutazione della condotta nel momento in cui è stata posta in essere** (prospettiva ex ante), alla luce delle conoscenze disponibili, del contesto operativo e delle buone pratiche accreditate.

In questo quadro, un nodo centrale è rappresentato dalla qualità delle **Consulenze Tecniche d'Ufficio (CTU)**. Uno dei problemi più rilevanti è l'astrazione dottrinale. Il giudizio è spesso basato su valutazioni dell'atto sanitario con criteri teoricamente ineccepibili, ma **senza un'adeguata considerazione delle condizioni reali in cui l'atto è stato compiuto**, per esempio: comorbidità solo parzialmente conoscibili in acuto, pressione ambientale e temporale, carenza di personale o di strumentazione, specifica organizzazione del servizio, ecc. Valutare un intervento chirurgico o una decisione in emergenza esclusivamente alla luce dei testi e delle astratte costruzioni nosologiche, senza una pratica diretta di quella specifica disciplina in condizioni operative reali, rischia di **trasformare la giustizia in un mero esercizio accademico**, radicalmente scollato dalla realtà clinica. L'espletamento della consulenza tecnica e della perizia devono essere affidati a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, secondo quanto previsto **dall'art. 15 della Legge Gelli-Bianco (24/2017)**. Dunque, è ineludibilmente richiesta **un'esperienza specifica e pratica**, ossia diretta, che deriva unicamente dalla casistica personalmente trattata nel tempo, per dare autorevolezza, attendibilità e credibilità alla consulenza. Un oculista che si occupa prevalentemente di glaucoma o di altri aspetti medici dell'oculistica può avere le conoscenze pratiche generali per comprendere e valutare genericamente una vitrectomia, ma certamente non può avere la competenza di chi opera in un centro per la chirurgia vitreo-retinica. Questa competenza è essenziale **per poter apprezzare e giudicare nel dettaglio l'appropriatezza e la correttezza delle procedure e delle singole manovre chirurgiche** in relazione alle condizioni del paziente e al contesto.

Riteniamo sia scontato che l'accertamento della correttezza tecnica di un atto medico o chirurgico

è compito esclusivo dello **specialista clinico, unico soggetto in possesso della conoscenza diretta del saper fare e della relativa lex artis** nella specifica disciplina. Il medico legale deve avere un suo ruolo autonomo e imprescindibile, specificamente rivolto all'analisi del nesso causale, **alla valutazione e quantificazione del danno biologico e al supporto metodologico e procedurale** nella relazione con il giudice, senza sovrapporsi al giudizio tecnico-clinico proprio dello specialista.

Altrettanto scontato è che la perizia non può limitarsi a citare linee guida e letteratura, né esaurirsi in un'analisi nosologica astratta, ma **deve basarsi su un esame concreto dei fattori tecnici, ambientali e organizzativi** che hanno condizionato l'atto medico. **La medicina è scienza del particolare**. Non si cura la malattia descritta nei libri, ma quel paziente, in quel momento, con quelle specifiche risorse e quella irripetibile biologia. **Il medico va giudicato come un**



navigante, se ha studiato la rotta, valutato il meteo e governato la nave secondo le regole dell'arte, non può essere ritenuto colpevole della tempesta perfetta che la affonda. L'assetto normativo vigente, vedi la già citata Legge Gelli-Bianco, **valorizza l'aderenza a linee guida e buone pratiche** come esimente o attenuante della responsabilità, ma questa impostazione va compiutamente recepita e attuata nella prassi giudiziaria e peritale.

La combinazione tra idealizzazione della tecnica e giudizio ex post alimentato dal senno di poi produce inoltre una conseguenza fortemente disfunzionale e antieconomica: **la medicina difensiva**. Se il sanitario percepisce che verrà giudicato principalmente sugli esiti, spesso imprevedibili, e non sulla correttezza del proprio operato, **tende a sostituire la medicina secondo scienza e coscienza con pratiche cliniche preordinate** soprattutto **alla propria autodifesa**, in genere più costose e talvolta meno efficaci e sicure per il paziente. Paradossalmente, nel tentativo di azzerare il rischio sanzionando in modo esasperato il medico, **si finisce per aumentare il rischio per il malato**, che si trova davanti professionisti condizionati, se non talora paralizzati, dal timore del giudizio.

È nostra opinione che, per correggere questa deriva, sia necessaria **una vera e propria riforma culturale e metodologica del giudizio sulla responsabilità sanitaria**, che tenga conto di alcuni basilari principi:

- **Superamento dell'analisi a ritroso:** è metodologicamente scorretto dedurre l'errore medico partendo dalla gravità del danno. Il nesso tra condotta, standard professionale ed evento deve essere ricostruito senza scorciatoie ex post, evitando le distorsioni cognitive proprie dell'hindsight bias.
- **Contestualizzazione clinico-organizzativa e spazio-temporale:** ogni atto sanitario deve essere previamente ricostruito e descritto nel suo specifico contesto operativo (tempo, luogo, risorse disponibili, carico di lavoro, condizioni organizzative, quadro clinico conoscibile in quel momen-

to, ecc.) per poter essere valutato e giudicato in maniera realmente circostanziata e non in modo avulso e disancorato rispetto all'hic et nunc in cui è stato posto in essere.

- **Riconoscimento del rischio clinico intrinseco:** deve essere accettata l'esistenza di un'area di insuccesso che appartiene alla biologia e non alla colpa, quando la condotta sia tecnicamente ineccepibile e conforme alle regole dell'arte.
- **Rifiuto dei dottrinarismi e dell'astrazione:** vanno respinte le perizie che si limitano a richiamare linee guida o evidenze scientifiche senza calarle nelle specificità del caso concreto e nelle reali condizioni operative, e che fondano le conclusioni esclusivamente su riferimenti dottrinali o su ragionamenti clinici meramente teorici.
- **Focalizzazione sul processo:** il baricentro della valutazione deve spostarsi dagli esiti alla qualità del processo decisionale e operativo. La responsabilità del medico deve arrestarsi alla scelta e all'impiego dei mezzi idonei previsti dalle linee guida e dalle best practices, correttamente adattate al caso, indipendentemente dall'esito finale.

In sintesi, solo riconoscendo in modo chiaro, sul piano giuridico, **l'esistenza di eventi avversi da imputare non al medico, ma ai limiti della scienza di fronte all'intrinseca variabilità e imprevedibilità della biologia umana**, sarà possibile salvaguardare l'alleanza terapeutica e il futuro stesso della professione sanitaria. Le presenti considerazioni attengono ai criteri di accertamento della responsabilità sanitaria e si collocano su un piano prettamente metodologico. Esse prescindono dal dibattito in corso sul tema della depenalizzazione dell'atto medico. Tuttavia, osserviamo che **l'adozione di criteri valutativi più rigorosi e razionali nel giudizio sulla colpa potrebbe contribuire a rendere meno urgente l'esigenza di una radicale depenalizzazione**, mantenendo comunque ferma la necessaria tutela risarcitoria del paziente danneggiato.

Federico Marmo, Medico Oculista, specialista in igiene e medicina preventiva

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

Riflessioni etico-sociologiche sulla sostenibilità di servizi sanitari universalistici

Trasformazioni culturali, perdita del legame sociale e fragilità del moderno welfare sanitario

1. Modernità, Illuminismo e Massoneria

La cultura occidentale moderna, almeno nelle sue istituzioni fondamentali, è in larga misura figlia dell'Illuminismo. Nato dall'incontro tra il razionalismo cartesiano e l'empirismo di Locke e Newton, e sviluppatosi nel XVIII secolo nelle accademie e nei caffè europei, l'Illuminismo può essere letto – come hanno sottolineato autori quali Croce, Habermas, Gauchet – anche come una secolarizzazione di grandi intuizioni cristiane, ricodificate in categorie giuridiche e politiche laiche. In questa trasposizione simbolica, il “prossimo” diventa “cittadino”, la “carità” si traduce in “solidarietà sociale”, la “salvezza dell'anima” nell'ideale di progresso materiale.

La Massoneria, nata ufficialmente nel 1717, è stata uno dei principali veicoli di diffusione delle idee illuministiche. Le Logge hanno offerto alle élite intellettuali un luogo relativamente protetto in cui sperimentare forme inedite di convivenza: in un'Europa ancora rigidamente divisa in ordini, al loro interno aristocratici e borghesi sedevano allo stesso tavolo con pari dignità, si votava, si eleggevano cariche a termine, si discuteva secondo regole condivise. Questo esercizio pratico di partecipazione ha anticipato principi poi confluiti nelle costituzioni moderne: centralità della legge scritta, elettività delle cariche, limitazione e separazione dei poteri, idea che l'autorità derivi da un patto tra uomini liberi e uguali, non da un'investitura sacra.

Allo stesso modo, il lavoro simbolico sulla “pietra grezza” esprime l'idea di un individuo chiamato a perfezionarsi, autonomo nella ragione e capace di autodeterminarsi senza la tutela di sovrani o dogmi religiosi. La fede nel “Grande Architetto dell'Universo”, in-

teso come principio razionale e non confessionale, ha contribuito a rendere pensabile uno Stato laico, neutrale rispetto alle singole fedi e fondato su un ordine giuridico condivisibile. L'obiettivo era la costruzione di un “tempio sociale”: una comunità in cui la libertà individuale fosse orientata al perfezionamento dell'intera umanità.

Si può dunque affermare che la Massoneria abbia fornito un importante quadro concettuale e metodologico per molti valori dell'Occidente moderno, dal primato della ragione all'ideale di fraternità, che rappresenta una premessa culturale anche del moderno Welfare. Sarebbe però improprio definire l'attuale società “sostanzialmente massonica”: l'assetto odierno è il risultato di stratificazioni storiche, dinamiche economiche globali e rivoluzioni tecnologiche che hanno spesso trasformato e talvolta snaturato il disegno originario, producendo una modernità molto più complessa e contraddittoria rispetto alle sue prime “officine”.

2. Dal cristianesimo al Welfare universalistico

In questo contesto culturale prende forma anche il moderno concetto di Welfare e di servizio sanitario universalistico. Prima dell'età moderna, l'assistenza sanitaria era soprattutto caritativa, affidata a iniziative private o religiose, frammentarie e discrezionali. L'idea illuministica di contratto sociale trasforma la misericordia in giustizia: la cura dell'uomo diventa dovere dello Stato e diritto del cittadino. La metafora teologica del “corpo mistico” lascia il posto alla Nazione intesa come organismo vivente, in cui la sofferenza del singolo è una ferita dell'intera comunità; la salute è così riconosciuta come pilastro del bene comune.



L'universalismo dei sistemi assistenziali ha potuto radicarsi anche perché, almeno per una lunga fase storica, ha continuato ad attingere, spesso in modo implicito, al patrimonio etico cristiano. Il cristianesimo ha introdotto nella storia l'idea di una dignità incondizionata della persona e il dovere di prendersi cura dell'altro, fino alla categoria dell'agape: un amore gratuito e universale che supera i confini della semplice reciprocità o dell'appartenenza. Finché questa eredità, pur tradotta in forme laiche, è rimasta viva, la solidarietà è stata percepita come vincolo morale e non solo come meccanismo redistributivo.

Se queste premesse sono vere, ci si può chiedere perché i grandi sistemi universalistici non siano nati prima. Il cristianesimo ha offerto una "ontologia della persona" (sacralità dell'umano), ma è stato l'Illuminismo a fornire gli strumenti politici e giuridici – Stato di diritto, cittadinanza, costituzioni – per trasformare quella visione in istituzioni operative. Prima, la solidarietà era opera di misericordia; con i Lumi diventa architettura dello Stato sociale. Il punto critico è che l'ordine giuridico può organizzare diritti e doveri, ma non genera da sé le motivazioni interiori di sacrificio, responsabilità e fraternità da cui dipende la sostenibilità di lungo periodo del sistema.

In sintesi: il cristianesimo ha indicato il "perché" (riconoscere l'altro come prossimo), l'Illuminismo ha costruito il "come" (diritti sociali garantiti dallo Stato). Oggi il sistema vacilla perché abbiamo conservato le forme giuridiche e organizzative, ma abbiamo progressivamente smarrito le motivazioni etiche originarie che le rendevano vive.

3. Crisi del legame sociale e dell'universalismo

Nella realtà attuale si osserva un paradosso evidente: mentre scienza e tecnologia hanno raggiunto livelli straordinari, i sistemi di protezione sociale e i servizi sanitari universalistici appaiono sempre meno adeguati ai bisogni e sempre più difficili da sostenere economicamente. Il problema non è solo di risorse, di inefficienze o di inappropriatezza, ma di logoramento del tessuto etico e relazionale che sorreggeva quelle istituzioni.

Accanto a indispensabili riforme organizzative e finanziarie, emerge la consapevolezza che tecnologia e scienza dell'organizzazione, da sole, non bastano. Senza un'etica condivisa della responsabilità e del bene comune, gli aggiustamenti diventano manovre di contenimento su una nave in balia del vento e del mare. Non si tratta di contrapporre efficienza a valori, ma di riconoscere che non c'è vera efficienza senza una ragione umana e sociale che ne orienti l'uso.

Negli ospedali è sempre più percepibile una diffusa difficoltà relazionale: il rapporto tra cittadino e istituzione tende a ridursi a una transazione fredda. Da un lato un "utente" concentrato quasi esclusivamente sui propri diritti, con pretese incontenibili; dall'altro una struttura burocratica e tecnocratica, schiacciata da vincoli normativi e contabili, che tende a ridurre la persona a "caso", "prestazione", "costo", rifugiandosi in pratiche di medicina difensiva. È il segno di una rottura del patto di fiducia originario.

Per comprendere come si è giunti a questo punto, può essere utile richiamare alcune linee evolutive:

Dal "Grande Architetto" al vuoto metafisico. *L'idea di un principio ordinatore trascendente ma razionale consentiva di concilia-*

re libertà e responsabilità. Il progressivo passaggio a un orizzonte puramente materialista e nichilista ha lasciato molti individui senza riferimenti simbolici o spirituali condivisi: da “costruttori” di un’opera comune, ci si percepisce sempre più come “monadi” isolate in un universo privo di senso.

Dai diritti come strumento di emancipazione ai diritti come pura pretesa. Il linguaggio dei diritti, nato per proteggere la persona da abusi del potere e dall’arbitrio, si è progressivamente separato dal linguaggio dei doveri. Il diritto non è più percepito come correlato a responsabilità verso il bene comune, ma come rivendicazione individuale potenzialmente illimitata. Il cittadino tende a trasformarsi in consumatore di prestazioni.

Dalla fraternità alla semplice tolleranza indifferente. L’ideale di fraternità, inteso come legame concreto tra persone e gruppi diversi, è spesso scivolato in una forma di cosmopolitismo astratto o in un filantropismo superficiale. Ne risulta una società in cui la coesione è debole, i legami sono fragili e la “tolleranza” rischia di diventare indifferenza.

In questo quadro, la comunità non può reggersi solo su ciò che lo Stato “deve” al singolo. Se vengono meno appartenenza, memoria condivisa, riferimenti etici e spirituali, il legame residuo tende a ridursi all’interesse economico o alla sommatoria di diritti individuali, senza responsabilità corrispondenti. È il paradosso di una modernità che rischia di consumare le proprie premesse fondative.

4. Crisi del Welfare universalistico: radici culturali

La crisi dei servizi socio-sanitari universalistici non può dunque essere letta soltanto come disfunzione tecnica o finanziaria, ma come espressione di una crisi culturale più ampia. Alcune dinamiche appaiono particolarmente rilevanti:

Dal “cittadino solidale” all’“utente-consumatore”. Il sistema universalistico presuppone un cittadino che si percepisce parte di una comunità e responsabile del suo equilibrio. La combinazione di nichilismo pratico e individualismo ha però trasformato il diritto alla salute in diritto al consumo di prestazioni, spesso indipendentemente dal reale bisogno. In assenza di criteri etici condivisi, la domanda tende a essere guidata dal desiderio soggettivo più che dalla necessità clinica.

L’affermarsi della tecnocrazia. Il ridimensionamento di riferimenti simbolici e politici forti ha favorito il passaggio a forme di

“governo dei numeri”, in cui la decisione è delegata a élite tecniche che operano secondo logiche prevalentemente aziendali. La gestione della salute scivola progressivamente dalla responsabilità medico-professionale a quella manageriale: il “Grande Architetto” viene sostituito dal “Grande Ragioniere”. Obiettivi legittimi come il controllo dei costi o il pareggio di bilancio finiscono talvolta per oscurare la centralità della persona.

Perdita del senso del limite e del senso del sacro. Malattia e morte vengono sempre più percepite come fallimenti tecnici o come colpe individuali. Ciò alimenta aspettative irrealistiche verso la medicina, spinge verso forme di accanimento o, al contrario, verso abbandoni mascherati da neutralità gestionale. Il sistema sanitario rischia di essere visto principalmente come centro di costo, stretto tra domanda potenzialmente illimitata e risorse insufficienti.

Diritti senza doveri. Quando i doveri di solidarietà e partecipazione responsabile vengono di fatto rimossi dall’immaginario collettivo, l’abuso dei servizi e l’indifferenza verso la loro sostenibilità non sono più vissuti come problemi morali. Lo Stato è percepito solo come erogatore, non come espressione di una comunità di cui ci si sente parte. In questa dinamica, il ceto medio tende a rifugiarsi nel privato appena percepisce che il pubblico non garantisce più standard adeguati, trasformando il sistema universalistico in rete residuale per i più deboli e minando il principio di uguaglianza. In sintesi, recidendo o indebolendo le proprie radici etiche e spirituali, la modernità ha favorito la trasformazione del cittadino in “atomo egoista” e del malato in “utente-consumatore”. In assenza di riconoscimento dell’altro come persona e non solo come portatore di diritti, l’universalismo tende a crollare: il diritto diventa pura pretesa, il dovere scompare, la cura si riduce a transazione amministrata.

5. Dottrina sociale della Chiesa e prospettive di riequilibrio

I principi della Dottrina sociale della Chiesa (DSC) offrono, sotto molti aspetti, un contro-canto alla deriva tecnocratica e individualistica descritta. Non è necessario dividerne il fondamento teologico per riconoscerne la rilevanza antropologica e civile: concetti come dignità della persona, bene comune, sussidiarietà, solidarietà trovano forti consonanze anche in tradizioni laiche, nelle correnti del “personalismo” e dell’umanesimo civile, nei modelli di welfare comunitario ed in certo lessico politico moderno. In



questo senso, la DSC può essere assunta come paradigma interpretativo utile per ripensare le condizioni di sostenibilità umana dei sistemi universalistici. Alcune sue categorie possono avere ricadute dirette anche in ambito sanitario:

Sussidiarietà contro il centralismo tecnocratico. *La sussidiarietà afferma che ciò che possono fare persone, famiglie, comunità locali e corpi intermedi non dovrebbe essere assorbito da livelli superiori. In sanità ciò significa valorizzare reti territoriali, associazioni, mutue, iniziative di prossimità, con lo Stato che sostiene e coordina, senza sostituirsi sistematicamente. Un welfare articolato su più livelli può risultare al tempo stesso più umano e più sostenibile.*

Dalla “libertà di” alla “libertà per”. *La libertà non è solo assenza di vincoli, ma capacità di orientarsi al bene. Questo implica che ai diritti corrispondano doveri verso gli altri e verso le generazioni future. In sanità, ciò significa passare da una medicina centrata sui desideri individuali a una medicina orientata alla cura appropriata, alla prevenzione condivisa, alla solidarietà intergenerazionale.*

Solidarietà come dato costitutivo, non opzionale. *La solidarietà è un’esigenza strutturale della convivenza, non un semplice sentimento. Applicata alla sanità, questa prospettiva restituisce senso al patto solidaristico alla base dell’universalismo: il sistema non è solo un “distributore” di prestazioni finanziate dalle tasse, ma l’espressione di una comunità che riconosce in ogni persona fragile un valore che eccede la dimensione economica.*

Primato dell’etica sull’economia. *Mercato e tecnica sono strumenti al servizio della persona e del bene comune. In sanità ciò*

non significa ignorare vincoli di bilancio, ma subordinare le scelte economiche alla tutela della dignità dei pazienti, alla giustizia nell’accesso alle cure, alla lotta agli sprechi che non producono salute. È questa logica che consente di distinguere tra razionalizzazione e puro taglio contabilistico.

Rigenerazione dell’alleanza terapeutica e del “cittadino attivo”. *Se medico e paziente si riconoscono reciprocamente come persone e non solo come “erogatore” e “cliente”, il rapporto torna a essere alleanza più che contratto. Ciò può ridurre il ricorso difensivo a esami inutili, favorire fiducia e corresponsabilità, contenere il contenzioso. Parallelamente, il cittadino passa dall’essere utente passivo o “predatore” di servizi a soggetto attivo nella tutela della propria salute e nella sostenibilità del sistema, consapevole che ogni spreco si traduce in minori opportunità di cura per altri.*
Accettazione della fragilità umana e della morte. *Riconoscere il limite della tecnica, dell’organismo, del tempo consente di superare sia l’illusione di guarigioni sempre possibili, sia la tentazione di ridurre le decisioni di cura a mero calcolo economico. Una medicina che integra cura, accompagnamento, palliative care e rispetto della persona anche nella fragilità estrema è più sostenibile e più fedele alla sua vocazione originaria.*

In questa prospettiva, i principi della Dottrina sociale della Chiesa non sono un richiamo nostalgico al passato, ma risorse concettuali per un ripensamento critico della moderna sanità: un tentativo di ricomporre diritti e doveri, efficienza e senso, organizzazione e umanità, rendendo di nuovo pensabile un universalismo che non sia solo meccanismo, ma espressione di una comunità che

si riconosce come tale. Ma la Dottrina Sociale oggi si scontra con ostacoli enormi, come la perdita di un'alfabetizzazione necessaria per comprendere concetti come “sacrificio” o “bene comune” e l'affermarsi di una cultura qualunque e materialista per la quale qualsiasi proposta diversa viene spesso etichettata come “oscurantista” o “anacronistica”.

6. Al termine di questo breve excursus emergono almeno tre (scomode) considerazioni:

Abbiamo provato a formulare una possibile diagnosi etico-sociale della crisi dei sistemi sanitari universalistici e a indicare una possibile “terapia” nella riscoperta di un “personalismo” forte e dei principi della Dottrina sociale (dignità della persona, bene comune, solidarietà, sussidiarietà). Ma abbiamo la netta sensazione di trovarci di fronte a un “paziente” (la società contemporanea) che rifiuta qualsiasi cura. Per una parte crescente della popolazione, il linguaggio della fraternità, del dovere verso l'altro, della responsabilità condivisa appare estraneo o irricevibile.

Non riteniamo verosimile né un evento rivoluzionario capace di rifondare il tessuto morale, né l'apparizione di un “nuovo Cristo” capace di rigenerarlo dall'interno. Allo stesso tempo, appare sempre più improbabile confidare solo nel riformismo, che sia di destra o di sinistra. Troppo spesso si tratta di varianti dello stesso orizzonte materialista, che riduce la politica a conflitto tra interessi contrapposti: l'egoismo del “portafoglio” contro l'egoismo del “desiderio elevato a diritto”. In questa dinamica, la “persona” nella sua interezza scompare; restano da un lato la gestione di flussi finanziari, dall'altro la somma di rivendicazioni atomizzate, senza un progetto condiviso di umanizzazione del vivere sociale e delle cure.

Ci preoccupa molto il destino del rapporto medico-paziente e, più in generale, della pratica di cura. Se si assume come irreversibile la trasformazione culturale descritta, bisogna ammettere che quel rapporto è ormai, e resterà, prevalentemente di tipo giuridico-commerciale. Il paziente si percepisce come consumatore di prestazioni e come tale pretende di essere trattato; l'ospedale è visto e organizzato sempre più come un'azienda che eroga servizi standardizzati, mediante contratti, tariffe, indicatori di performance, non diversamente da altri settori del mercato. Le prestazioni non sono più vissute come espressione di un'alleanza di cura, ma co-



me beni ad alto costo che qualcuno deve fornire e qualcuno deve pagare. In questo quadro, categorie come empatia, presa in carico, alleanza terapeutica, fiducia reciproca tendono a diventare residuali o puramente retoriche. Parlare di “umanizzazione delle cure” rischia di essere un ossimoro in un contesto strutturalmente disumanizzato, dove la relazione è filtrata da protocolli, assicurazioni, modulistica, contenziosi legali, e dove il focus primario non è più l'incontro tra due persone, ma la corretta esecuzione di una prestazione contrattualizzata. La risposta “razionale” del sistema, in un simile scenario, è la progressiva delega alle macchine di tutto ciò che può essere automatizzato: triage, refertazione, supporto decisionale, monitoraggio, fino a procedure diagnostiche e terapeutiche sempre più guidate dall'algoritmo. Come esistono droni senza pilota e veicoli senza conducente, è plausibile immaginare, in un futuro che forse è già qui, ospedali sempre più “senza medico”, almeno nel senso tradizionale del termine: strutture dove pochi clinici supervisionano flussi di dati e processi automatizzati, e buona parte dell'interazione quotidiana con il paziente è mediata da interfacce digitali, sistemi di intelligenza artificiale, robotica. È una prospettiva che può aumentare efficienza, controllare costi, ridurre variabilità ingiustificata; ma al prezzo di accettare che la cura diventi via via più impersonale e sempre meno fondata su quella dimensione relazionale che, per secoli, ha definito l'atto medico. In assenza di una profonda presa di coscienza collettiva della necessità di rivedere l'intero assetto etico e sociale, questa sembra oggi la traiettoria più probabile.

ERRATA CORRIGE: Bibliografia dell'articolo "Sostenibilità dei servizi sanitari e lotta agli sprechi: la situazione dell'oftalmologia"

Nel numero 1/2026 di Oftalmologia Sociale — Anno L, gennaio-marzo 2026 — nell'articolo scientifico "Sostenibilità dei servizi sanitari e lotta agli sprechi: la situazione dell'oftalmologia", a firma di **Federico Marmo, Filippo Cruciani ed Ester Piegari**, pubblicato a partire da pagina 26, per un disguido redazionale non sono state riportate le note bibliografiche relative al testo.

Pubblichiamo di seguito la bibliografia completa dell'articolo, scusandoci con gli autori e con i lettori.

1. Questa classificazione deriva da Esping-Andersen (1990) "The Three Worlds of Welfare Capitalism" e Ferrera (1996) sui welfare mediterranei.
2. William Beveridge, economista e sociologo britannico, autore del celebre rapporto del 1942 intitolato *Social Insurance and Allied Services*, considerato l'atto fondante del moderno Stato sociale universalistico, sostiene che lo Stato ha il dovere di proteggere ogni cittadino "dalla culla alla tomba" (from cradle to grave), garantendo sicurezza sociale contro ogni evenienza (malattia, vecchiaia, disoccupazione) non come atto di carità, ma come diritto di cittadinanza.
3. Otto von Bismarck, Cancelliere dell'Impero Tedesco, negli anni ottanta del XIX secolo, introdusse in Germania la prima legislazione sociale moderna al mondo. Questo sistema è considerato il nucleo originario del welfare state ed è tecnicamente definito come un modello occupazionale. L'obiettivo non è garantire un minimo vitale uguale per tutti (come nel modello di Beveridge), ma mantenere il tenore di vita e lo status sociale raggiunto dal lavoratore durante la vita attiva, attraverso prestazioni (come le pensioni) proporzionali ai contributi versati.
4. La Grecia ha subito riforme post-crisi verso un maggiore universalismo.
5. Baumol, William Jack: economista statunitense (New York 1922 - ivi 2017), professore nelle università di Princeton e di New York.
6. L'OCSE è un'organizzazione intergovernativa fondata nel 1961 con sede a Parigi, che riunisce 38 Paesi membri sviluppati per promuovere politiche economiche e sociali sostenibili.
7. Prestazioni sanitarie con benefici nulli o minimi rispetto ai rischi e ai costi, o meno convenienti rispetto ad alternative meno costose e parimenti efficaci.
8. Le evidenze dimostrano che i sistemi universalistici (che danno "a tutti") tendono paradossalmente a dare di più ai poveri rispetto ai sistemi che assistono "solo i poveri" perché l'inclusione della classe media permette di mantenere budget sociali molto più elevati e stabili nel tempo (paradosso della redistribuzione).
9. Il Lean Thinking (teorizzato da Taiichi Ohno nel Toyota Production System negli anni '50 e formalizzato da Womack e Jones nel 1996) è una filosofia gestionale orientata a produrre utilità reale attraverso l'eliminazione sistematica degli sprechi e fondata sull'ottimizzazione dei flussi operativi, sul coinvolgimento attivo del personale e sul miglioramento continuo.
10. Il termine Kaizen è una parola giapponese composta da "Kai" (cambiamento) e "Zen" (meglio). In ambito gestionale, viene tradotto come "Miglioramento Continuo". È il pilastro operativo del Lean Thinking e si basa su tre principi: Continuità (piccoli passi costanti e incrementali), Coinvolgimento Totale (gestione partecipativa/direzione strategica condivisa), Eliminazione dello Spreco.
11. Neologismo introdotto da I. Cavicchi (2016) per descrivere un modello in cui la cura e l'assistenza sono interamente imperniati sulla "prestazione", ovvero su un'offerta di servizi standardizzati mirati esclusivamente a riparare i danni della malattia (medicina riparativa). Tale modello agisce come una sorta di "fabbrica" di atti medici (visite, esami, interventi), dove il successo viene misurato sul volume delle attività erogate anziché sul valore reale della salute prodotta.
12. Taiichi Ohno (1912 - 1990), ingegnere giapponese specializzato in meccanica, è considerato il padre del sistema di produzione dell'azienda automobilistica Toyota, il Toyota Production System, noto anche come Lean Production (produzione snella) e basato su logiche gestionali di tipo "Pull" e sulla tecnica di produzione "Just in time". Cfr.: Ohno, T. (1988). *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*. Cambridge, MA: Productivity Press.
13. Muda è un termine giapponese che significa "spreco" e indica qualsiasi attività che assorbe risorse senza generare valore per il cliente.

14. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012 Apr 11;307(14):1513-6. doi: 10.1001/jama.2012.362. Epub 2012 Mar 14. PMID: 22419800.
15. La carbon footprint (impronta di carbonio) è la misura totale delle emissioni di gas serra (GHG) generate direttamente o esposta da un prodotto, servizio, organizzazione, evento o individuo, espressa in tonnellate equivalenti di CO₂ (CO₂ eq). Questa stima considera l'intero ciclo di vita, dalle materie prime alla produzione, uso, trasporto e smaltimento, includendo gas come CO₂, CH₄, N₂O e fluorurati secondo il Protocollo di Kyoto.
16. OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>
17. GIMBE (acronimo di Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) è una fondazione senza scopo di lucro che ha come missione la diffusione delle migliori evidenze scientifiche nelle decisioni politiche, gestionali e cliniche che riguardano la salute dei cittadini. Attraverso il suo Osservatorio, la fondazione svolge un ruolo di monitoraggio indipendente e permanente sullo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale.
18. Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025
19. Cfr. M. Weber, *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus* (1905). L'autore utilizza l'espressione *stählernes Gehäuse* (involucro d'acciaio) per descrivere l'ineluttabile razionalizzazione della vita moderna, termine che nella celebre traduzione inglese di T. Parsons (1930) è divenuto *iron cage* ('gabbia d'acciaio'), cristallizzando l'immagine di un sistema burocratico privo di elasticità e flessibilità
20. In Italia è attivo il movimento "Choosing Wisely" (Fare di più non significa fare meglio). Medici e infermieri hanno stilato liste di esami e trattamenti "a rischio inappropriato" che non dovrebbero essere richiesti di routine (ad esempio, fare una radiografia per un mal di schiena comune prima di 6 settimane).
21. Termine derivato dal giapponese *Gemba* (o *Genba*), che significa letteralmente "il luogo reale" o "il luogo dove accadono le cose"
22. Stoccaggio di materiali sanitari (kit sterili, farmaci, DPI) direttamente nel punto di utilizzo clinico (sala operatoria, ambulatorio), anziché in magazzini centrali remoti.
23. Tecnica gestionale originata nel Toyota Production System. Prevede che un'attività sia innescata dalla richiesta effettiva "solo quando serve, nella quantità necessaria e con la qualità richiesta", secondo la logica Pull.
24. Aravind Eye Care System è una rete di ospedali e oltre 100 centri primari di assistenza oculistica in tutto il Sud dell'India, considerato un benchmark mondiale per l'efficienza e la sostenibilità nella chirurgia oftalmologica.
25. Il sistema COMOD è un sistema *airless* "bag-in-bottle" con pompa e valvole che impedisce all'aria e ai microrganismi di entrare in contatto con la soluzione. Altri sistemi usano combinazioni di valvola unidirezionale, camera di dosaggio e membrana/barriera al rientro dell'aria per ottenere lo stesso risultato.
26. È una modalità di instillazione: il beccuccio non deve mai toccare occhio, palpebre, ciglia, cute o dita, per evitare la contaminazione del farmaco e il rischio di contagio.
27. Gli standard di turnaround fissano il valore target accettabile (es. "≤ 20 minuti tra un intervento di cataratta e il successivo"), contro cui confrontare i tempi reali per misurare efficienza, individuare colli di bottiglia e avviare progetti di miglioramento.
28. Per lead time della diagnostica si intende il tempo totale del processo diagnostico, cioè l'intervallo che intercorre tra l'esecuzione di uno o più esami e il momento in cui il referto è disponibile per essere effettivamente utilizzato.
29. Sono le parti critiche e sterili delle attrezzature utilizzate durante una procedura asettica, che entrano in contatto diretto con il paziente o con altri Key-Parts (es. punta della siringa, ago, hub dell'ago, raccordi dei set infusionali, beccuccio dei flaconi sterili). Se si contaminano, possono trasferire microrganismi al sito di ingresso nel paziente.
30. Sono i siti critici sul corpo del paziente che rappresentano una porta di ingresso per i microrganismi: cute non integra, siti di inserzione di dispositivi (es. accessi vascolari, cateteri), ferite chirurgiche, mucose esposte, punti di iniezione intravitreali, ecc.



IAPB ITALIA È SU INSTAGRAM

@fondazioneiapbitalia

Uno spazio in più per raccontare il nostro impegno quotidiano per la prevenzione e la tutela della salute visiva di tutti, che portiamo avanti da oltre 40 anni.

Su questo profilo troverai:

- Approfondimenti su prevenzione, diagnosi precoce e benessere visivo
- Iniziative sul territorio in tutta Italia
- Progetti dedicati a scuole, famiglie, anziani e persone fragili
- Appuntamenti con screening gratuiti e campagne informative
- Uno sguardo costante sul Mondo IAPB: storie, risultati, testimonianze



**Seguici per
restare
aggiornato!**

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 Ipovisione 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