



REPORT DI ANALISI DELLE PRESTAZIONI DEGLI OTTICI OPTOMETRISTI RIMBORSABILI DAL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

A cura del

**CREMS - Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale
Università Carlo Cattaneo - LIUC**

per

FEDEROTTICA - Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi

INDICE

INTRODUZIONE: obiettivo appropriatezza	3
1. <i>OVERVIEW</i> : DATI EPIDEMIOLOGICI ED ECONOMICI.....	6
1.1 Nel mondo	6
1.2 In Europa	6
1.3 L'Italia	8
2. <i>TREND</i>	9
2.1 La visione e il lavoro.....	9
2.2 La visione e lo studio.....	10
2.3 La visione e la guida	11
2.4 Nuovi stili di vita.....	12
2.5 L'anzianità e le cronicità.....	13
2.6 Prospettive future	15
3. LA PREVENZIONE	17
4. TIPOLOGIA DI ESAMI E PRESTAZIONI	20
5. LISTE D'ATTESA	22
5.1 Quali obiettivi? I tempi richiesti da normativa	22
5.2 Cosa viene dichiarato vs. <i>real world</i>	23
6. RIVALUTAZIONE DEI CODICI E DELLE TARIFFE: UNA PROPOSTA	28
6.1 ABC: una proposta sostenibile	28
6.2 Presentazione nuovi codici.....	30
6.3 Risultati	35
7. RICADUTE SUL SISTEMA.....	37
7.1 Capillarità sul territorio	37
7.2 Maggior appropriatezza	38
7.3 Costi minori	39
7.4 Riduzione liste d'attesa	40
CONCLUSIONI.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	43

INTRODUZIONE: obiettivo appropriatezza

Si è soliti suddividere l'appropriatezza in due grandi sistemi (Ministero della Salute, 2011):

- appropriatezza professionale: un intervento sanitario di efficacia provata da variabili livelli di evidenza, prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata, con effetti favorevoli superiori a quelli sfavorevoli;
- appropriatezza organizzativa: intervento sanitario erogato con un'appropriata quantità di risorse con particolare riferimento al *setting* assistenziale e ai professionisti coinvolti.

Pertanto, mentre l'appropriatezza professionale è teoricamente più facile da raggiungere e ottenere, perché legata alla presenza e al rispetto delle evidenze scientifiche presenti, quella organizzativa si scontra duramente con la disponibilità, sempre minore in tutti i Paesi, di risorse economiche.

Oltre a ciò risulta fondamentale che le prestazioni vengano erogate dal personale tecnico più idoneo, con i titoli di studio e le competenze adeguate, evitando di impegnare le eccellenze mediche in prestazione di natura preminentemente tecnica.

Per quanto riguarda l'appropriatezza organizzativa, oltre alla limitata disponibilità di evidenze, l'analisi viene effettuata quasi esclusivamente sui dati disponibili dell'ospedale, soprattutto ricoveri urgenti e procedure chirurgiche, mentre minore attenzione ha ricevuto la valutazione, molto più complessa, dell'appropriatezza dei percorsi di cura e assistenza dei pazienti non chirurgici. I criteri di appropriatezza non devono però essere perseguiti solamente dalla parte organizzativa, soprattutto riguardo il *setting* assistenziale, perché questo comporterebbe una riduzione del loro valore e uno svuotamento dei contenuti professionali, che può essere percepito come una sorta di razionamento piuttosto che di ottimizzazione delle risorse disponibili.

Nei sistemi sanitari del Terzo Millennio è fondamentale che l'erogazione e il finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie siano guidati da criteri di appropriatezza e i percorsi assistenziali e di prevenzione possono rappresentare un modo concreto di dare significato al concetto di appropriatezza e qualità ai servizi sanitari. Il loro scopo è eliminare i ritardi nelle azioni da compiere e gli sprechi, contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti terapeutici, assicurando continuità e coordinamento dell'assistenza, riducendo al minimo gli sprechi per il sistema e i rischi per i pazienti.

Pertanto, se è relativamente semplice identificare gli interventi sanitari completamente inutili o quelli indispensabili, l'appropriatezza delle prassi che hanno fatto lievitare i costi dell'assistenza anche in una branca come l'oftalmologia, è difficile da valutare e quantificare per poter tracciare una linea netta di separazione tra l'appropriato e il non-appropriato. Il concetto di appropriato, benché affondi le sue radici nella qualità professionale, rappresenta una delle strategie per fronteggiare la carenza delle risorse attraverso la loro ottimizzazione. Purtroppo questa ha portato a vedere ed evidenziare solamente le inapproprietezze in eccesso, perché la loro riduzione comporta un notevole vantaggio al bilancio economico, ma non ha portato all'implementazione, o meglio, alla ridefinizione, di tutta una serie di interventi sanitari a basso costo, che potrebbero nel lungo termine portare a vantaggi economici certamente maggiori, ma soprattutto più duraturi, per il sistema Sanità.

La sempre maggior presenza di persone anziane e di altre realtà emblematiche di una società complessa come quella in cui viviamo, evidenzia un'inevitabile criticità legata all'utilizzo improprio dei servizi e traccia in maniera evidente la strada da percorrere, in cui l'appropriatezza è la meta e la territorialità è il modo per raggiungerla. **Si tratta, quindi, di prevenire ed evitare situazioni critiche (quali, ad esempio, l'annoso problema dei tempi di attesa) attraverso un diverso**

approccio culturale e attraverso una contemporanea riorganizzazione dei servizi attualmente esistenti.

Si legge nel Libro Bianco della Regione Lombardia "...Interpretare la rivoluzione che sta investendo i sistemi più evoluti, sia dal punto di vista medico sia soprattutto da quello antropologico: il passaggio dalla *cura* al *prendersi cura*". **Una risposta adeguata a queste problematiche da parte del Servizio Sanitario Nazionale dovrà necessariamente passare attraverso l'ottimizzazione dell'impiego di risorse umane ed economiche sul territorio e, in quest'ottica, il potenziamento della presenza dell'ottica territoriale e l'esercizio di un ruolo adeguato all'accresciuta professionalità e autonomia dei tecnici ottici optometristi, non possono essere considerati aspetti di secondaria importanza.**

Il territorio, infatti, con le sue caratteristiche ed esigenze attuali, richiama l'attenzione dei legislatori e **reclama soluzioni innovative e appropriate**. Negli ultimi venti anni, infatti, abbiamo assistito al potenziamento dei servizi distrettuali, alla creazione di RSA, consultori, *hospice*, ospedali di comunità, e alla trasformazione dell'assistenza domiciliare da semplice a integrata, laddove sia necessario un supporto della rete sociale. In sostanza, ci si è concentrati, finora, maggiormente sulle esigenze estreme di cittadini le cui condizioni di salute impongono un'attività di riabilitazione o un'assistenza continuativa a causa di malattie cronico-degenerative a uno stadio avanzato.

Esistono, tuttavia, bisogni assistenziali, di prevenzione ed educativi propri di una popolazione attiva e autonoma, che sviluppano una richiesta di minore intensità che non trova ancora una risposta adeguata.

All'interno di questo contesto si inseriscono le disposizioni della Legge n. 69 del 18 giugno 2009 recante "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile", e dei relativi decreti attuativi, che mirano proprio a colmare questa lacuna e individuano nella copertura territoriale delle farmacie l'ideale capillarità del SSN.

Analogamente, le proposte avanzate nel presente *Report*, ricalcano il criterio virtuoso alla base della Legge 69/2009 ponendosi, pertanto, molteplici obiettivi:

- **un'assistenza diretta, personalizzata e appropriata al cittadino;**
- **una gestione pianificata, strutturata e coordinata degli aspetti di natura preventiva, analitica, assistenziale ed educativa;**
- **una riduzione del fenomeno del ricorso improprio alle strutture ospedaliere, grazie alla realizzazione di interventi di educazione sanitaria, nonché alle attività di *counselling* e di orientamento dei cittadini-utenti;**
- **una riduzione dei tempi di attesa, sia per le prestazioni di natura tecnica ad opera degli ottici optometristi, sia per la diagnosi di patologia ad opera delle eccellenze mediche;**
- **una riduzione dei costi relativi alla gestione delle acutizzazioni di patologie croniche grazie a una capillare presenza e opera di prevenzione ed educazione sanitaria;**
- **una migliore percezione della qualità dell'assistenza e un rinforzato rapporto fiduciario con strutture e professionisti;**
- **una migliore accessibilità ai diversi servizi e prestazioni del SSN, attraverso la presenza capillare sul territorio;**
- **un'accresciuta visibilità sociale e conferma professionale della figura dell'ottico optometrista e, forse, nuove opportunità di lavoro.**

Il punto vendita degli ottici optometristi, infine, sarebbe identificato dai cittadini quale luogo "familiare" e capillarmente presente sul territorio, **punto di riferimento idoneo al disbrigo delle più semplici e comuni attività sanitarie**, all'erogazione di prestazioni assistenziali di tipo tecnico, alla

diretta consulenza dei professionisti, alla prenotazione ed effettuazione di esami, all'orientamento delle pratiche burocratiche e amministrative (ad esempio il contributo per il rinnovo della patente e per la fornitura di ausili visivi per ipovedenti).

1. OVERVIEW: DATI EPIDEMIOLOGICI ED ECONOMICI

1.1 Nel mondo

I difetti visivi costituiscono la causa maggiore di disabilità che colpisce non solo l'individuo, ma i nuclei familiari e più in generale la società attuale (Resnikoff *et al.*, 2004).

Secondo dati riferiti all'anno 2010, nel mondo, 285 milioni di persone presentano dei *deficit* visivi; di queste 39 milioni sono affette da cecità e i restanti 241 milioni sono ipovedenti (WHO, 2013).

I medesimi dati mettono in evidenza che l'80% dei deficit visivi – inclusa la cecità – è prevenibile. Le due cause maggiori che causano problematiche alla vista sono, infatti, i vizi di refrazione non opportunamente corretti (42%) e la cataratta (33%).

Nel medesimo anno, i costi diretti imputabili ai difetti della vista erano pari a 2.300 miliardi di dollari in tutto il mondo, ai quali si vanno ad aggiungere i costi indiretti, quali la perdita di produttività diretta o conseguenza del ricorso ad assistenza informale e familiare, pari a 652 miliardi di dollari (Gordois *et al.*, 2010). Secondo le previsioni, entro il 2020, questi costi dovrebbero aumentare fino a 2.800 miliardi di dollari per i costi diretti e 760 miliardi di dollari per i costi indiretti.

Oltre a ciò, va considerato il fatto che la perdita della corretta visione genera degli ulteriori costi correlati; nelle persone con ridotta capacità visiva, infatti, i costi sanitari sono stati calcolati essere tra i 2.000 e i 4.500 dollari superiori rispetto alle persone senza questo tipo di problematica. Anche i costi relativi all'ambito ospedaliero risultano essere maggiori: i pazienti ipovedenti sostengono dei costi maggiori anche per prestazione non legate alla patologia visiva; essi, infatti, tendono a rimanere in ospedale quasi 2,5 giorni in più rispetto ai pazienti con una visione normale.

1.2 In Europa

Se si restringe il campo alla situazione europea, la situazione al 2010 era la seguente (WHO, 2013).

Tabella 1 – Popolazione europea (in mln) affetta da problemi alla vista

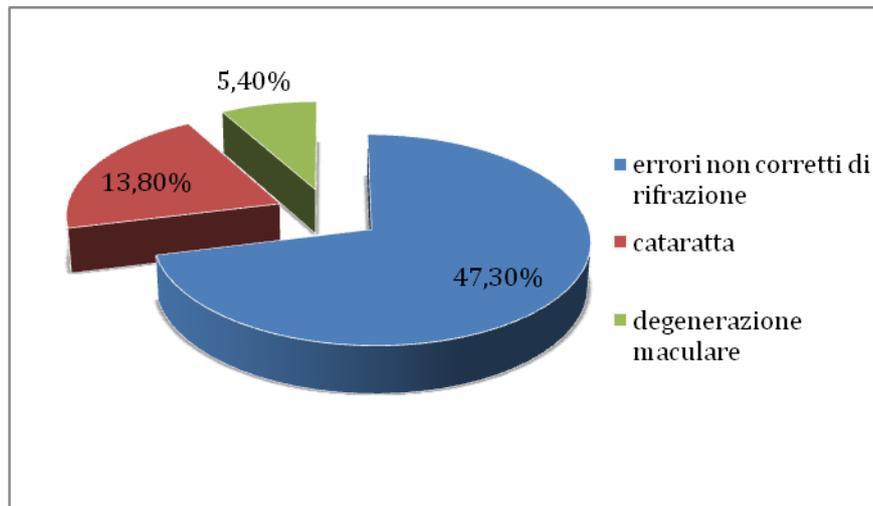
Popolazione totale	877.886
N. persone cieche	2.732
N. persone con visione ridotta	12.789
N. persone con patologie della vista	15.521

Fonte: rielaborazione CREMS su dati WHO, 2013

I dati epidemiologici riferiti a tale ambito sono a volte non perfettamente allineati, anche perché molte delle persone affette da *deficit* visivi non sono registrate nel servizio sanitario di riferimento relativamente a tale problematica (Robinson *et al.*, 1994; Worlmad e Evans, 1994); ad ogni modo, si stima che nei paesi europei la prevalenza di persone con patologie della vista si aggiri tra lo 0,09% e il 2,6% (in base alla popolazione oggetto di studio e al disegno della ricerca, cfr. Bruce *et al.*, 1991; Buch *et al.*, 2001; Klaver *et al.*, 1998).

Un dato certo riguarda, invece, le principali cause di *deficit* visivo che, in Europa, risultano essere gli errore non corretti di rifrazione (47,3%), la cataratta (13,8%) e la degenerazione maculare (5,4%), andando a confermare i dati sopra esposti in riferimento alla situazione mondiale.

Figura 1 – Principali cause di deficit visivo in Europa



Fonte: rielaborazione CREMS da Il Sole 24 Ore, 2014

Le principali cause di cecità sono, invece, la degenerazione maculare (16,1%), errori di rifrazione non corretti (14%), la cataratta (13,8%), il glaucoma (10,6%) e la retinopatia diabetica (4,2%) (Il Sole 24 Ore, 2014).

Come accennato, una causa molto importante che va a determinare un *deficit* visivo è la mancata correzione di alcuni vizi di rifrazione, quali la miopia e l'ipermetropia. A fronte di questo dato, si evidenzia un problema socio sanitario – al quale questo documento intende dare una prima possibile risposta - dal momento che tali difetti visivi sono facilmente misurabili e compensabili attraverso la determinazione di lenti correttive.

Infatti, in accordo con dati presentati al 35esimo Congresso Nazionale di Chirurgia della Cataratta e della Refrattiva, svoltosi a Milano nell'ottobre dello scorso anno, in Europa la miopia colpisce circa il 35% della popolazione; l'incidenza percentuale è notevolmente aumentata durante il corso degli anni, si pensi che negli anni 70 il difetto visivo colpiva il 20% degli individui e negli anni 30 solamente il 10%. La miopia quindi, in Europa e non solo, risulta essere il più diffuso difetto visivo. Con l'aumento del livello di scolarizzazione e l'evoluzione nel mondo tecnologico, gli stili di vita hanno subito un grande cambiamento a cui gli occhi rispondono modificandosi. È, dunque, fondamentale il lavoro di prevenzione dell'insorgenza e dello sviluppo della miopia svolto dall'ottico optometrista promuovendo un'adeguata educazione ed igiene visiva.

Alcuni dati economici relativi alle quattro maggiori nazioni europee – Francia, Germania, Italia e Gran Bretagna – vanno poi ad approfondire il tema dei costi non sanitari, riscontrando che i costi maggiori legati alle disabilità visive includono la perdita di guadagno (tra il 23 e il 43% dei costi totali), il peso sociale ed economico per la presenza di un'assistenza, sia essa familiare o di badantato (tra il 24 e il 39%), e il bisogno di avere, di conseguenza, un'assistenza quotidiana a pagamento (tra il 13 e il 29%), (Lafuma *et al.*, 2006).

La tabella seguente mostra in estrema sintesi alcuni dati di confronto tra i succitati Paesi.

Tabella 2 – Confronto tra le quattro maggiori nazioni europee in tema di difetti visivi (dati aggiornati al 2004)

	Italia	Francia	Germania	UK
N. di persone con <i>deficit</i> visivo (mln)	1,03	1,27	0,73	1,11
Prevalenza (% della popolazione totale)	1,8	2,1	0,9	1,9
Di cui non registrate	80%	56%	11%	72%
Costi totali annui (mln)	€12.069	€10.749	€9.214	€15.180
Costi annui per persona	€11.701	€8.434	€12.662	€13.674

Fonte: rielaborazione CREMS da Lafuma, 2006

1.3 L'Italia

Secondo i dati raccolti presso il succitato Congresso, in Italia vi sarebbero 12 milioni di miopi, 5 milioni di ipermetropi, 3 milioni di astigmatici, per un totale di circa 20 milioni di connazionali caratterizzati da un difetto visivo di refrazione (ma che a volte ne presentano più di uno). Da notare inoltre il *trend*: i miopi sono, infatti, raddoppiati rispetto a 40 anni fa: erano il 13 per cento della popolazione, oggi sono il 25 per cento (Salvagni, 2014).

Se a queste stime vengono sommati i dati relativi alle persone che dopo i quarant'anni di età cominciano ad avere difficoltà fisiologiche nella messa a fuoco da vicino - i presbiteri - gli italiani che utilizzano strumenti correttivi per la vista sono 24 milioni.

Parlando sempre di presbiopia, va ricordato che gli occhiali premontati di così facile acquisto, spesso non anticipato da una misurazione visiva eseguita da un professionista della visione anche se consigliata dall'attuale legislazione, non sono ausili visivi su misura; conseguentemente non riescono a correggere i difetti visivi specifici del portatore (differenza di diottrie e di centratura tra un occhio e l'altro, eventuali astigmatismi). Dunque, come si vedrà nel capitolo 2.1 "La visione e il lavoro", rischiano di scatenare tutti quei fenomeni di adattamento che rientrano sotto il nome di astenopia, portando a una riduzione delle *performance* soggettive.

Secondo gli esperti, però, complessivamente sono 29 milioni gli italiani che avrebbero bisogno di un paio di occhiali o di lenti, a conferma del dato riportato a livello europeo in merito alla mancata identificazione di molte persone affette da *deficit* visivi.

È importante sottolineare come l'impatto psicosociale dei *deficit* visivi sia rilevante nella società moderna, dal momento che nel Terzo Millennio la maggior parte della vita quotidiana e delle attività socioculturali utilizza la funzione visiva come sistema primario. Oltre l'80% delle informazioni che arrivano al cervello dal mondo esterno vi giungono attraverso il sistema visivo (Grasso, 2013); risulta quindi evidente che una ridotta capacità visiva ha un impatto estremamente significativo sia sulla vita lavorativa sia sulle attività familiari. È indispensabile quando si parla di *performance* umane e di *maggior qualità della vita*, parlare di benessere visivo.

Secondo una ricerca condotta dalla Commissione Difesa Vista (CDV, 2008), in cui è stato intervistato un campione di più di 4.000 individui, rappresentativi della popolazione italiana di età superiore ai 14 anni, circa i due terzi degli individui hanno dichiarato di avere almeno un difetto della vista, in ordine decrescente: presbiopia (31% sul totale/44% se si considerano i maggiori di 35 anni), miopia (27%), astigmatismo (17%) ipermetropia (7%) e strabismo (1%).

2. TREND

2.1 La visione e il lavoro

L'evoluzione tecnologia ha portato significativi cambiamenti anche nell'attività lavorativa media, caratterizzata sempre di più, e per un numero sempre maggiore di ore, dall'utilizzo di videoterminali (di seguito VDT).

A conferma di ciò, secondo quanto esposto dal Titolo VII del Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza, sono previste delle visite di controllo per tutti coloro che lavorano utilizzando un videoterminale. Queste visite devono essere fatte ogni cinque anni, limite di tempo che cambierà nel caso di lavoratore con più di 50 anni, e ogni due anni, per coloro i quali lavorano più di quattro ore al giorno su VDT (Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81).

Infatti, l'uso del *PC* ha cambiato molto la nostra quotidianità: se da un lato è utile per aumentare l'efficienza lavorativa, dall'altro, invece, se non correttamente utilizzato, può compromettere la vista. Spesso, infatti, i primi deficit visivi si manifestano proprio con l'utilizzo dei videoterminali; l'uso dei computer, soprattutto se prolungato, può provocare disturbo, essenzialmente per l'apparato muscolo-scheletrico e per la vista (INAIL, 2010).

Gli effetti sulla salute del lavoro con unità video sono correlabili a diversi fattori: le caratteristiche dell'ambiente e del posto di lavoro, le caratteristiche del lavoro specifico e del *software*, la durata del lavoro. L'analisi deve, pertanto, considerare tali elementi, con particolare riguardo ai rischi per la vista e per gli occhi, ai problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico o mentale e alle condizioni ergonomiche e di igiene ambientale. Ricordiamo, inoltre, la necessità di monitorare l'abbagliamento, l'uso eccessivo dell'accomodazione e della convergenza, gli ambienti secchi, la posizione statica.

Nel decreto del Ministero del Lavoro 2/10/2000 "Linee guida d'uso dei VDT" sono formulate indicazioni relative ad arredi e ambienti atte ad evitare l'insorgenza di disturbi muscolo-scheletrici, problemi visivi e disturbi da affaticamento mentale, da intendersi come prescrizioni minime.

È da sottolineare come i principali rischi per la salute degli operatori addetti a VDT riguardano l'apparato visivo, seguito dall'apparato muscolo-scheletrico e dallo *stress* e affaticamento mentale.

Sono state date diverse definizioni di astenopia occupazionale: tra esse quella proposta dal G.I.L.U. (1993) secondo cui si tratta di "una sindrome causata da *noxae* occupazionali in grado di concorrere a determinare, anche in rapporto alle caratteristiche oftalmologiche del lavoratore un disagio alla visione, che si manifesta con un insieme di sintomi e segni in prevalenza oculari e visivi, ma anche generali". L'astenopia è occupazionale quando vi è presenza di almeno 2 sintomi astenopici, che si presentano in maniera non occasionale e chiaramente associati nel tempo con lavoro a visione ravvicinata.

La astenopia si può manifestare con sintomi visivi, tra cui i principali sono: fastidio alla luce/fotofobia, visione sfuocata, visione sdoppiata e ridotta velocità alla lettura; tra i sintomi visivi secondari si possono annoverare: aloni colorati e riduzione della acuità visiva, riduzione dell'ampiezza fusionale, allontanamento del punto prossimo di accomodazione, comparsa o aumento di forie e di astigmatismi di origine tensionale e miopizzazione transitoria. I sintomi oculari principali imputabili all'astenopia sono: lacrimazione, prurito, bruciore, "*gritty feeling*" e dolore periorbitario e/o retrobulbare; tra i sintomi secondari vi sono: alterazioni dell'ammiccamento, pesantezza dei bulbi, secchezza, iperemia, congiuntivite, alterazioni del film lacrimale e secrezione oculare. I sintomi generali sono rappresentati da cefalea, astenia, nausea, dispepsia, vertigine e tensione generale.

Tra le cause dell'astenopia sono state individuate, oltre alle caratteristiche specifiche del lavoro, in particolare intensità e durata dell'impegno visivo, e alle condizioni ambientali, quali i parametri illuminotecnici dell'ambiente e dello schermo, le caratteristiche dell'apparato oculare, come:

- ametropie non corrette o mal corrette;
- anisometropia elevata (anche corretta);
- anomalie dell'accomodazione;
- eteroforie;
- *deficit* della convergenza;
- *deficit* della fusione;
- anomalie della superficie oculare.

Nell'ambito della sorveglianza sanitaria è, quindi, fondamentale che vengano indagate tali condizioni tramite anamnesi ergofoamologica e accertamenti specifici, che possono essere effettuati ad opera degli ottici optometristi.

Nello specifico, l'anamnesi ottico optometrica comprende, infatti, un'anamnesi lavorativa con informazioni su caratteristiche del lavoro e condizioni ambientali, l'anamnesi oftalmologica familiare e patologica e la raccolta dei disturbi accusati (per evidenziare la astenopia): si tratta di prestazioni erogabili nei centri ottici convenzionati.

In tema di sicurezza sui luoghi di lavoro, non si può tralasciare l'evidenza che la sicurezza passa anche attraverso una buona visione e una protezione oculare adeguata. Quanto un *deficit* visivo influisce sui possibili incidenti o infortuni sul lavoro? La prevenzione viene eseguita anche nel rispettare le norme di protezione fisica in base al grado di rischio lavorativo, così come una migliore visione rende il processo lavorativo più efficiente e riduce i costi di produzione (minor numero di errori, personale meno stressato e più sereno).

2.2 La visione e lo studio

Secondo una ricerca condotta nel 2004 (CDV, 2005) su un campione di 401 genitori di figli dai 4 ai 10 anni di età, dislocato su tutto il territorio nazionale in modo proporzionale alla distribuzione dell'universo della popolazione, la grande maggioranza dei genitori di figli tra i 4 e i 10 anni di età (82%) ha fatto effettuare almeno una visita agli occhi. Più in particolare risulta che all'inizio dell'età scolare (entro i 6 anni) sia stata fatta effettuare almeno una prima visita agli occhi in circa il 71% dei casi.

Resta comunque un 18% di genitori che non ha mai fatto fare una visita agli occhi al proprio figlio e tra costoro prevale come motivo l'impressione che non sia necessario o si ritiene che il figlio ci veda bene, anche se in seguito risulta che, nel 10% dei casi, chi non ha mai fatto una visita riscontra, però, problemi di arrossamento o affaticamento della vista o mal di testa.

Inoltre vi è una problematica, l'ambliopia, dove l'individuazione e la soluzione del *deficit* visivo in tempi precoci è fondamentale per il recupero visivo.

Da questa ricerca si evince che è basilare un'efficace comunicazione alle famiglie per far comprendere l'importanza della prevenzione nei bambini. La necessità di *screening* visivi nelle scuole (negli anni '70 svolti anche dagli ottici optometristi per le U.S.S.L. nelle scuole elementari) è toccabile con mano.

Si ricordano due progetti di Federottica dedicati ai bambini: l'Aula Tipo di Ispra e il progetto Educazione alla Visione.

L'Aula Tipo di Ispra, inaugurata nel 1983, fu la prima aula in Italia che ha permesso ai bambini di leggere e scrivere rispettando le abilità visive durante la scuola (Federottica, 2000). Questa aula è sorta presso la scuola statale di Ispra ed è stata progettata da un *team* di professionisti guidati dagli ottici optometristi di Federottica. Infatti, è stata realizzata tenendo conto di molti aspetti architettonici: la tinteggiatura, l'illuminazione e la disposizione dei banchi è stata studiata per distribuire la luce in modo uniforme e senza abbagliamenti. I banchi sono stati inclinati di circa 20° consentendo la lettura dell'intera pagina permettendo omogeneità della luce tarata su 500 lux ed è stata mantenuta costante attraverso interruttori crepuscolari che regolavano automaticamente la luce esterna-interna. I risultati di questo studio hanno rilevato come un ambiente scolastico strutturato nel rispetto visivo della persona e un corpo docente informato sulle regole della corretta visione possano contribuire a mantenere un'efficienza visiva maggiore di quasi il 20%. L'aula tipo ha evidenziato alla fine dei cinque anni solo un calo nell'efficienza visiva del 7,2%, mentre l'aula di confronto un calo quasi del 30%. L'obiettivo finale non è bloccare ma ridurre le tendenze, le progressioni adattive, come ad esempio la progressione miopica, migliorando l'efficienza visiva e facilitando il rendimento scolastico dei ragazzi.

Il progetto Educazione alla Visione nacque nel 1999 e, riprendendo gli argomenti del filmato Albedo sulla prevenzione visiva, sviluppò gli argomenti del buon uso del piano inclinato nella letto-scrittura e di una corretta impugnatura della penna. I relatori dell'Albo degli Ottici Optometristi tennero in quegli anni migliaia di conferenze gratuite dedicate all'informazione di genitori e insegnanti. Nel 2007 il progetto maturò nell'iniziativa Bimbovisione: vedere bene per apprendere meglio, che tutt'ora continua anche con una sezione dedicata alla scuola dell'infanzia. Obiettivo del progetto è quello di contrastare le cattive abitudini dei bambini nella postura e nella lettura, onde prevenire i disturbi della vista e realizzare, per quanto possibile, un ambiente scolastico ottimale dal punto di vista della prevenzione (Federottica, 2009).

Certo che la tecnologia sta cambiando il mondo, anche quello della scuola: se un tempo nelle scuole non si usavano nemmeno i *computer*, ormai la tecnologia è entrata a far parte della pratica didattica quotidiana, e *LIM* e *tablet* rappresentano l'innovazione tecnologica più rilevante in questo senso, ma usarli a lungo, quotidianamente, che conseguenze può avere sulla vista? Cosa può accadere agli occhi degli studenti coinvolti nella sperimentazione didattica che prevede la sostituzione dei libri di testo con i dispositivi *touch* già nella scuola primaria? E alla vista dei bambini che giocano a lungo con i *tablet*?

L'opinione della maggior parte degli esperti è però che un uso prolungato sia stancante per gli occhi (la retroilluminazione e la distanza tra *pixel* sono i massimi indiziati); questa sensazione trova conferma nel prontuario realizzato da *The Vision Council* che rivela come l'affaticamento oculare sia il disagio più diffuso in coloro che utilizzano i dispositivi elettronici (The Vision Council, 2014).

2.3 La visione e la guida

I dati ISTAT del 2008 riguardanti gli incidenti sulle strade italiane sembrano indicare una causalità direttamente imputabile alla vista pari al 59.13% dei casi. La visione è, infatti, una componente fondamentale della sicurezza alla guida, sia nella guida diurna, ma, soprattutto, nella guida notturna in condizioni di scarsa visibilità.

Sono stati, pertanto, effettuati numerosi studi atti ad indagare la correlazione esistente tra la percezione visiva e la sicurezza stradale. Tra questi si ricorda la ricerca svolta dall'Università degli studi di Milano Bicocca da Maffioletti e colleghi (2009), nella quale sono stati analizzati più di 1.000 soggetti, tra i quali il 32,7% non possedeva i requisiti minimi per guidare un veicolo nel rispetto del

Codice della Strada. Questa ricerca sembra confermare la correlazione statisticamente significativa dei soggetti visivamente inadeguati con alti livelli di IPI (Indicatore di Propensione all'Incidentalità).

Nel 2011 viene pubblicato il D.L. n 59 in materia di "Attuazione delle direttive comunitarie 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida" in particolare l'allegato III riforma i "requisiti minimi di idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore": pertanto, dal 15 maggio 2011 è in vigore la direttiva inerente il nuovo esame della vista, obbligatorio per tutti i conducenti al fine di accertare la compatibilità dell'acutezza visiva con la guida dei veicoli a motore. Per il rilascio e il rinnovo delle patenti di guida sono necessari oltre all'esame dell'acuità visiva (i cosiddetti decimi) anche l'indagine della sensibilità al contrasto, della visione crepuscolare, della sensibilità all'abbagliamento, del tempo di recupero all'abbagliamento e del campo visivo, come la suddetta ricerca aveva sperato. Purtroppo solo in rarissimi casi, i medici italiani hanno potuto aggiornare le loro strumentazioni ed eseguire quotidianamente degli esami a norma di legge.

L'ottico optometrista, che svolge già queste indagini nel proprio studio, può sicuramente dare il proprio contributo eseguendo la serie di *test* visivi più specifici, sollevando lo specialista da tale compito e consentendo un'indagine visiva completa e compiutamente a norma di sicurezza (Ortolan *et al.*, 2013).

2.4 Nuovi stili di vita

Una ricerca condotta, nel 2012, dal Vision Council of America negli Stati Uniti, ha fatto emergere che il 30% del campione utilizza i dispositivi elettronici con schermi LCD/LED per circa sei ore al giorno; il 14% addirittura per 10-12 ore (Ferrario, 2013).

La luce prodotta da questi strumenti è potenzialmente dannosa per la vista, in quanto si tratta anche di luce blu, ovvero la stessa luce presente naturalmente nel sole ma con una grande differenza: mentre questi raggi, che arrivano sulla terra, provengono da una fonte luminosa lontana e sono pertanto attutiti, la luce blu emessa da dispositivi LCD e LED di *smartphone*, *tablet*, TV e PC ha una lunghezza d'onda ridotta, maggiore frequenza ed energia; basti pensare che questi dispositivi, infatti, emettono fino al 40% in più di luce blu rispetto ai classici telefoni cellulari non dotati di *display* LED o OLED. Tutto questo porta, dunque, a effetti negativi al sistema visivo, aggravati dal fatto che il numero dei possessori di *smartphone* è in rapida ascesa (si pensi che nel nostro Paese il 97% degli *over 16* possiede un cellulare, e nel 62% dei casi si tratta di uno *smartphone*) (Mosca G., 2013).

Anche se diminuisce con l'avanzare dell'età, il livello di luce blu trasmessa alla retina rimane una costante significativa alla quale fare attenzione; ad esempio, il livello di luce blu rappresenta circa il 20% della luce visibile assorbita dalla retina, per scendere ad un livello pari al 14% ai 50 anni di età fino a raggiungere il 10% ai 70 anni (Lund *et al.*, 2012).

L'esposizione alla luce blu risulta essere una delle principali cause della degenerazione maculare legate all'età, che, come mostrato nei precedenti capitoli, rappresenta una tra le principali cause di cecità a livello mondiale. Inoltre, molti studi epidemiologici testimoniano l'esistenza di un collegamento tra l'esposizione alla luce blu e la patologia in oggetto: tra questi si ricorda lo studio "Beaver Dam" che mostra come un'esposizione prolungata alla luce blu provochi negli adolescenti e negli adulti un rischio maggiore nello sviluppare delle anomalie del pigmento della retina o una precoce degenerazione maculare (Cruickshanks *et al.*, 2001; Tomany *et al.*, 2004).

Per questo motivo, sono fortemente consigliabili dei controlli visivi periodici rivolti anche alle fasce di giovane età, anche al fine di rendere questa fascia di popolazione maggiormente consapevole dei danni che la luce blu può provocare; infatti, in quest'ottica, è utile ricordare che la popolazione dei

giovanissimi non è ancora sufficientemente controllata, nonostante un'eventuale protezione sia fondamentale per permettere loro di condurre una vita scolastica e sociale produttiva.

Studi effettuati in Belgio nel 2011 hanno dimostrato che il 62% dei bambini usa il telefono cellulare dopo il tramonto (n=1.656 di età media 13,6 anni). Il 35% dei casi di stanchezza sono da attribuire all'uso del telefono cellulare (Chellapa *et al.*, 2011). Infatti, l'esposizione visiva alla luce blu nelle ore serali produrrebbe una inibizione dell'attività della melatonina ritardando il riposo. La stimolazione visiva data dalla luce blu artificiale avrebbe dunque un effetto immediato sulla fisiologia del ritmo circadiano sonno-veglia e un effetto "ad accumulo" per quanto riguarda la modifica del metabolismo retinico con relativa tossicità a livello tissutale, che è causa di degenerazione retinica nei soggetti più maturi. (Mironava *et al.*, 2012).

2.5 L'anzianità e le cronicità

Già durante lo scorso ventennio, i *policymakers* hanno riconosciuto che la popolazione stava invecchiando inesorabilmente, ma non si sono forse resi conto di quale sarebbe stato l'impatto di questo fenomeno per le nazioni più ricche. Entro il 2050, ci saranno 65 paesi industrializzati i cui cittadini anziani ricopriranno il 30% della popolazione, e l'Italia è già uno tra questi (Population Division Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2010).

Secondo le stesse stime, globalmente, 58 milioni di persone hanno 60 anni. Nel 2012 c'erano circa 810 milioni di persone con un'età maggiore dei 60 anni, circa il quadruplo rispetto a ciò che accadeva nel 1950. Entro un decennio, il numero delle persone con un'età maggiore dei 60 anni supererà il miliardo ed entro il 2015 raggiungerà i due miliardi.

Con l'aumento delle aspettative di vita, si riscontra, proporzionalmente, un drammatico aumento di quelle condizioni di salute legate all'età, includendo specialmente le malattie relative all'occhio. Nei paesi industrializzati, 94 milioni di persone anziane soffrono di ipovisione più o meno grave, il doppio rispetto alle persone che hanno dei problemi di udito, che è la seconda causa di disabilità legata all'età (UNFPA, 2012).

La degenerazione maculare senile è la principale causa di cecità riscontrabile negli anziani delle società occidentali (Kahn *et al.*, 1977; Klaver *et al.*, 1998) e l'aumento delle malattie croniche non faranno altro che aggravare questo scenario. Dunque, a livello globale, tale patologia è responsabile di circa l'8,7% delle cecità. Recenti studi mostrano, però, come sia possibile prevenire l'insorgenza di degenerazione maculare senile, nella forma umida, con degli specifici trattamenti, a condizione che ci sia una maggiore consapevolezza ad accedere a questi trattamenti (Smith *et al.*, 2001; Skaat *et al.*, 2012).

L'assistenza ha dei costi diretti ed indiretti significativi; una ricerca sui soggetti affetti da DMS ha fatto emergere che più di un terzo del campione analizzato riceve assistenza per una media di 4,7 giorni alla settimana (per 3,7 ore al giorno). Quasi un terzo (28%) di questi servizi è stato pagato, mentre il resto dell'assistenza necessaria è fornito o dai coniugi oppure da volontari (Schmier *et al.*, 2006). Un altro studio ha invece stimato che i costi annuali indiretti legati all'assistenza, per le persone con gravi disabilità visive, ammontano a più di \$ 47.000 (Ke *et al.*, 2007).

Inoltre, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013) ha stimato che, entro il 2025, 300 milioni di persone saranno affette da diabete, 177 milioni in più rispetto al 2000: questo considerevole aumento porterà ad avere sempre più casi di retinopatia diabetica, una complicanza molto comune del diabete che può causare cecità (Zhang *et al.*, 2010)

Anche in Italia il numero degli ipovedenti è in crescita costante. Questo fenomeno è spiegabile, innanzitutto, in relazione all'invecchiamento della popolazione. Infatti, la riduzione dei tassi di mortalità, la diminuzione dei tassi di natalità e il concomitante aumento della durata media della vita hanno determinato un incremento nel numero degli anziani. La prevalenza dell'invalidità visiva permanente aumenta con il progredire dell'età, ma gli incrementi diventano esponenziali dopo i 60 anni: in particolare, nei soggetti con età compresa tra 65 e 74 anni si ha una prevalenza dello 0,4-0,8%, in quelli con 75 anni e più, del 2,3% o addirittura maggiore.

Si tenga in considerazione che l'85% dei soggetti con età superiore a 65 anni, che presenta una acuità visiva inferiore o uguale a 3/10, non è in grado di leggere in maniera "efficace" caratteri di stampa *standard*. L'87% dei soggetti con una acuità visiva inferiore a 2/10 lamenta serie difficoltà nel riconoscimento dei volti. Con una acuità visiva inferiore a 1/10, il 50% dei soggetti lamenta difficoltà nei movimenti ed il 66% incontra difficoltà nell'esecuzione di compiti semplici, quali digitare un numero telefonico o utilizzare una chiave in maniera corretta.

L'ipovedente è anche un soggetto che ha minore mobilità sul territorio, dunque sarà avvantaggiato da un'assistenza territoriale e anche dai servizi e dai negozi "di vicinato", quali i centri ottici convenzionati. Anche nel Libro Bianco della Regione Lombardia viene indicato che "...Non è la persona che si deve spostare, ma i servizi che si devono riorientare intorno alle sue esigenze: sul territorio l'assistenza assicura continuità e recupera efficacia..."

È però errato pensare che la perdita della vista sia un fenomeno normale dell'invecchiamento: infatti, l'80% delle disabilità visive esistenti si possono prevenire (Pascolini *et al.*, 2010).

Un ruolo fondamentale è giocato dalla diagnosi precoce e dal controllo delle cronicità. L'ottico optometrista stesso può effettuare nella popolazione di riferimento semplici *test di screening* (come il *test di Amsler*) per monitorare l'insorgenza di patologie retiniche e, dunque, inviare il più presto possibile l'utente a una visita oculistica di approfondimento.

Risale all'anno 2007 un progetto pilota che ha visto il contributo del Corso di Laurea in Ottica e Optometria di Milano e l'Istituto Don Gnocchi Onlus: "L'ottico optometrista e le strutture del territorio: una collaborazione necessaria per la prevenzione e il mantenimento dell'efficienza visiva nella nostra società". Questo progetto prevedeva uno *screening* a persone potenzialmente predisposte a sviluppare un problema visivo utilizzando la telediagnosi al fine di individuare eventuali patologie a carico della retina, con esame strumentale eseguito dall'ottico optometrista e diagnosi eseguita dal Prof. Miglior, quale specialista in medicina oculistica.

La prevenzione in campo di ipovisione deve assumere un ruolo di prioritaria importanza per la Sanità pubblica. Molti passi sono stati fatti in questa direzione, ma rimane fondamentale intervenire per combattere e prevenire la drammatica crescita delle patologie oculari legate all'età.

In questo contesto, si ricorda un progetto, ancora allo studio, di sperimentazione di telediagnosi in Lombardia, sul quale stanno lavorando gli ottici optometristi, già capillarmente presenti nel sistema regionale per la fornitura di ausili visivi; tale progetto consiste nello scattare foto alla retina utilizzando un retinografo non midriatico, che poi verrà inviata in formato digitale a un oftalmologo e da lui refertata entro 3 giorni. In questo modo i cittadini, senza doversi spostare, potranno ritirare i referti direttamente presso il centro ottico. Con un'organizzazione territoriale simile di telediagnosi, la Lombardia sarebbe all'avanguardia in Europa e non solo, nel settore dei servizi oftalmologici.

2.6 Prospettive future

“Quello che sta avvenendo nella società è un cambiamento radicale. Dipende soprattutto dall’allungamento della vita, ma anche dalle innovazioni tecniche e tecnologiche, dalla possibilità di accesso alle cure, dalla comunicazione e dalla mobilità, oltre che da un’aumentata percezione del diritto alla salute” (Libro Bianco Regione Lombardia).

Nella società odierna sono cambiati enormemente i comportamenti e gli stili di vita delle persone: fino al secolo scorso l’uomo viveva maggiormente gli spazi aperti, si spostava muovendosi soprattutto a piedi e non disponeva di tecnologie che obbligano gli occhi ad utilizzare l’illuminazione diretta.

L’opinione della maggior parte degli esperti è che un uso prolungato di dispositivi digitali sia stancante per gli occhi (la retroilluminazione e la distanza tra *pixel* sono i massimi indiziati); questa sensazione trova conferma nel prontuario realizzato da *The Vision Council* che rivela come l’affaticamento oculare sia il disagio più diffuso in coloro che utilizzano i dispositivi elettronici (The Vision Council, 2014).

L’uso dei dispositivi digitali mobili (*smartphone, tablet, videogiochi*) fa ormai parte dell’esperienza comunicativa abituale di gran parte dei ragazzi, dei giovanissimi, degli adulti e a breve anche degli anziani. La diffusione esponenziale dell’uso dei *social-network* ha modificato la comunicazione globale e le relazioni sociali.

La luce emessa da tali dispositivi retroilluminati è in parte luce corrispondente alla lunghezza d’onda del colore blu, che sicuramente migliora la definizione delle immagini colorate, ma interferisce sulla funzione visiva e tramite gli occhi può influenzare negativamente anche altre funzioni fisiologiche.

Questi nuovi stili di vita portano ad un significativo aumento dell’uso degli occhi a distanze ravvicinate e conseguentemente sono coinvolte abilità visive come convergenza e accomodazione, che, se mantenute per tempi prolungati, possono produrre affaticamento visivo, riducendo notevolmente l’efficienza lavorativa e cognitiva.

Inoltre il progresso dell’oftalmologia, sia in termini di prevenzione sia di efficacia delle terapie, ha permesso che molte gravi patologie oculari, che in passato portavano alla cecità assoluta, oggi vengano bloccate allo stato di ipovisione.

L’ipovisione costituisce, quindi, un’emergenza sociale sempre più importante, in quanto l’individuo ipovedente non è in grado di svolgere in autonomia le normali attività connesse alla vita sociale e lavorativa.

Il compito dell’ottico optometrista è anche quello di approntare sistemi visivi su misura (anche complessi) capaci di sfruttare al massimo le potenzialità visive esistenti per garantire un minimo di autosufficienza ai soggetti ipovedenti (cosa che già avviene tramite la convenzione con le ASL per la fornitura di ausili per l’ipovisione).

Inoltre oggi è richiesto, a tutte le età, un livello di *performance* visiva molto alto per poter continuare a guidare l’automobile, lavorare al *computer*, utilizzare *tablet*, telefoni cellulari e altri *device* tecnologici (basti pensare all’aumento quasi costante che si è registrato negli ultimi anni relativamente all’età pensionabile).

È, quindi, di fondamentale importanza che le autorità sanitarie e gli organi di governo, sia in ambito nazionale sia internazionale, si impegnino a prevenire la perdita visiva evitabile al fine di garantire al più alto numero possibile di individui un livello di funzionalità visiva tale da mantenere l’autonomia personale e la possibilità di continuare a svolgere la propria attività lavorativa e vita di relazione.

La professione dell'ottico optometrista risulta quotidianamente fondamentale nell'individuare tali bisogni e nel fornire i mezzi correttivi personalizzati più idonei.

A livello mondiale la lotta contro la cecità evitabile costituisce l'obiettivo di Vision 2020 – The right to sight, il programma congiunto promosso dall'OMS e IAPB (International Agency for the Prevention of Blindness) a cui hanno aderito un ampio numero di Organizzazioni non governative, associazioni professionali, istituzioni e aziende, tra cui anche Federottica.

3. LA PREVENZIONE

La qualità della vita dipende molto dalla nostra salute. Anche in ambito oftalmologico, la prevenzione assume un aspetto molto importante, con lo scopo di andare a indagare quelle patologie che colpiscono l'apparato visivo. Il Ministero della Salute definisce la prevenzione come "quell'insieme di azioni e di comportamenti con il fine di impedire l'insorgenza della malattia e il determinarsi di danni irreversibili quando la patologia è in atto".

Ma la prevenzione ha tante sfaccettature e coinvolge tanti soggetti sociali.

Prevenzione Primaria: consigliare la riduzione all'esposizione di raggi UV, la riduzione all'esposizione della luce blu, un'architettura che progetti ambienti con caratteristiche che pensino anche alla vista per illuminazione e postura, alimentazione adeguata, attività fisica, corsi di formazione per l'educazione e l'igiene visiva, arredi scolastici che tengano conto dei bisogni ergonomici, luci artificiali idonee, comportamenti virtuosi nell'uso dei sussidi scolastici, controllo dell'impugnatura corretta della penna, uso di adeguati filtri solari.

Prevenzione Secondaria: si tratta sostanzialmente di fare indagine precoce che consente, non l'eliminazione del problema, ma almeno la riduzione del danno. Si dovrebbero eseguire *screening* visivi dove esiste una concentrazione elevata di bambini come gli ambienti scolastici e sportivi, partendo dalle scuole dell'infanzia (in questi ultimi 15 anni è stato quasi completamente abbandonato lo *screening* scolastico effettuato dalle ASL). Indispensabili sono gli *screening* in età pediatrica e fare corsi di formazione per genitori e docenti. Tutti questi interventi spesso si intersecano anche con la prevenzione primaria.

Gli ottici optometristi li eseguono da molti anni, consigliando comportamenti virtuosi, mentre il Sistema Sanitario Nazionale si è allontanato perché non dispone di sufficienti risorse umane ed economiche. Nel settore della prevenzione dei difetti visivi, la figura dell'ottico optometrista potrebbe essere molto importante viste le competenze, la formazione universitaria e la presenza capillare sul territorio. La prevenzione così eseguita ha lo scopo di ridurre nel sistema visivo gli adattamenti funzionali che portano all'insorgenza dei difetti visivi, che non fanno parte delle patologie oculari ma sono errori di refrazione.

Per impedire l'insorgenza della malattia, occorre altresì sottoporsi a delle visite oculistiche periodiche poiché, nonostante non si possano prevenire tutte le problematiche oculari, ne esistono molte il cui decorso è fortemente condizionato dalla diagnosi precoce.

Ad esempio, bisogna prestare attenzione alla retinopatia diabetica; è possibile, infatti, che una persona scopra di soffrire di diabete a fronte di una visita oculistica.

Oltre ad evitare la malattia, la prevenzione serve anche a vivere meglio, ad aumentare la felicità, il buonumore e conseguentemente a fruire di una società più efficiente e ottimista.

Dal punto di vista internazionale, occorre segnalare il contributo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che si pone l'obiettivo di offrire sostegno ed aiuti concreti agli stati suoi aderenti nei progetti di prevenzione della cecità e, ove possibile, di cura delle patologie della vista. Degno di nota è il programma Vision 2020, a cui Federottica aderisce, che si propone di eliminare tutte le cause della cecità evitabile nel mondo entro il 2020, fornendo le esperienze tecniche e le risorse per assicurare l'attuazione del programma sul territorio dei paesi interessati.

A livello nazionale emergono, in particolar modo, le tecniche preventive messe in atto dalla Commissione Difesa Vista (CDV), un'istituzione nata nel 1972, che si propone l'obiettivo primario di informare la comunità in maniera corretta ed esaustiva su tutte le tematiche di interesse legate alla

salute del bene vista. Infatti, la *mission* della CDV risulta essere quella di sensibilizzare la comunità relativamente alla necessità di prevenire e curare le patologie dell'apparato visivo tramite la diffusione di informazioni sul tema. È in quest'ottica che si segnala l'ultima iniziativa svolta, il programma "I mesi della vista", attuato da Ottobre 2013 a Marzo 2014, secondo il quale ottici optometristi e oculisti hanno collaborato, in dieci città italiane, per effettuare uno *screening* gratuito della vista, a tutti i cittadini, adulti e bambini. L'iniziativa ha visto coinvolte Assogruppi Ottica, Federgruppi Ottica, Federottica, la Società Oftalmologica Italiana e Vision + Onlus, riunite sotto il cappello di CDV, con il supporto di Anfao e di Mido. L'azione di CDV ha proprio come obiettivo quello di aumentare la consapevolezza e, per farlo, mette in atto delle iniziative pratiche rivolte al cittadino su tutto il territorio nazionale, avvalendosi della collaborazione di tutti i professionisti della visione, oculisti da una parte e ottici optometristi dall'altra. Pertanto, oltre a diffondere la cultura della prevenzione e mettere a disposizione della comunità degli strumenti pratici per il controllo della salute degli occhi, questo programma ha anche una valenza sociale: questi *screening* gratuiti effettuati da professionisti del settore rappresentano un grande aiuto alla cittadinanza, in particolare in un momento economico come quello attuale.

Un altro istituto a livello nazionale che attua delle campagne di prevenzione è Federottica, l'Associazione Federativa Nazionale degli Ottici Optometristi italiani, definita come la più rilevante organizzazione dei professionisti del settore ottico e optometrico. Tra i progetti portati avanti dalla Federazione in campo preventivo si ricordano:

- Ottobre, mese della Vista: trattasi di una iniziativa promossa annualmente da Federottica. È una campagna, realizzata in collaborazione con l'Albo degli Ottici Optometristi, che prevede la possibilità per la popolazione locale di sottoporsi gratuitamente ad un controllo ad opera degli ottici optometristi coinvolti, al fine di verificare l'efficienza del proprio apparato visivo ed avere altresì informazioni sulla prevenzione e compensazione dei disturbi visivi.
- Bimbovisione: vedere bene per apprendere meglio. Si tratta di un programma di prevenzione promosso nelle scuole dell'infanzia e primarie dall'Albo degli Ottici Optometristi. L'ultima versione di questo progetto, attuata dal 2007, prevede un ciclo di conferenze gratuite dedicato a insegnanti e genitori, nonché lo svolgimento di un successivo percorso didattico coinvolgente anche i bambini. Obiettivo dell'iniziativa è quello di contrastare le cattive abitudini dei bambini nella postura e nella lettura, onde prevenire i disturbi della vista e realizzare, per quanto possibile, un ambiente scolastico ottimale dal punto di vista della prevenzione.
- Solcioe Italia Onlus per Special Olympics: tale iniziativa, messa in atto dall'anno 2001, è stata l'apripista in Italia del Programma Salute all'interno di Special Olympics, ovvero il programma internazionale di allenamento sportivo e di competizione atletica promosso in favore di più di un milione di ragazzi e adulti diversamente abili. L'iniziativa, dedicata con tutta evidenza agli atleti partecipanti alla manifestazione, ha visto quest'anno, a La Spezia, il coinvolgimento di 95 ottici optometristi volontari e studenti universitari provenienti da tutto il territorio italiano e di due medici oculisti. Durante le giornate dedicate alle gare sportive, essi hanno sottoposto gli atleti a *test* di controllo della loro efficienza visiva, donando loro in tale occasione occhiali da vista e da sole. L'obiettivo primario è quello di provvedere all'ottimizzazione della visione degli atleti con fornitura in loro favore di mezzi di compensazione visiva o di protezione oculare così da essere di supporto anche economico alle famiglie, ma anche di suggerire altresì loro, in caso di necessità, l'esecuzione di ulteriori *test* di controllo.

La prevenzione è, quindi, un aspetto fondamentale, che spesso può addirittura essere prioritaria rispetto alla cura in sé.

La prevenzione, inoltre, ha un collegamento diretto con la comunicazione poiché è necessario rendere l'utente consapevole del rischio dell'insorgenza di malattie oculari, che, appunto, sono causa di ipovisione e cecità. A fronte di ciò, è necessario definire tutti quei percorsi assistenziali per migliorare la qualità e la tempestività delle cure.

4. TIPOLOGIA DI ESAMI E PRESTAZIONI

4.1 Accreditemento

Il profilo professionale dei nuovi accreditati può essere descritto nel modo seguente: l'ottico optometrista è definito il professionista sanitario che, in possesso del titolo abilitante, esegue, con autonomia professionale e titolarità, mediante tecniche optometriche e metodi oggettivi e soggettivi, l'esame delle deficienze puramente ottiche della vista, svolgendo attività dirette all'individuazione, correzione e compensazione dei difetti ottico-refrattivi, approntando occhiali, lenti a contatto correttive ed estetiche, ausili visivi per ipovedenti nonché ulteriori futuri ausili ottici compensativi, correttivi, migliorativi e protettivi. L'Ottico Optometrista, in quanto esperto dell'ottica fisiologica, dell'ottica oftalmica, delle componenti fisiche e chimiche e delle applicazioni dei materiali e degli strumenti necessari a risolvere le deficienze di cui sopra, può suggerire all'utente idonee attività di educazione visiva.

L'Ottico Optometrista, in nessun caso, svolge attività dirette all'accertamento di malattie, all'effettuazione di diagnosi, all'utilizzo e prescrizione di specialità farmaceutiche e alla esecuzione di terapie.

L'Ottico Optometrista svolge la sua attività autonomamente o in collaborazione con professionisti di altre aree sanitarie. **Qualora abbia il sospetto o ravvisi un'alterazione morbosa della normale capacità visiva dell'utente, lo invia al medico competente** senza svolgere ulteriori valutazioni o compiere interventi di qualsivoglia tipo, salvo quelli che risultano indispensabili e urgenti al fine di evitare danni permanenti (secondo lo schema di accordo sul profilo professionale presentato dal Ministero della Salute nel 2007. Commissione per l'individuazione del profilo professionale di Ottico Optometrista presso il Consiglio Superiore di Sanità, art. 5, comma 3, Legge 1 febbraio 2006, n. 43).

4.2 L'evoluzione da ottici a ottici optometristi

Già nel Regio Decreto del lontano 1928 fu riconosciuta all'ottico l'autonomia professionale e prescrittiva; infatti, la legge cita che questa figura professionale può eseguire autonomamente esami della miopia e della presbiopia, con una limitazione per l'ipermetropia, l'astigmatismo e l'afachia.

Da allora gli ottici hanno acquisito sempre maggiori conoscenze, abilità, competenze ed una formazione di livello superiore (accanto alle tradizionali scuole di ottica, statali e private, si sono affiancati numerosi corsi regionali di specializzazione in optometria) grazie alle quali la figura è andata naturalmente evolvendosi in quella di ottico optometrista.

Agli inizi degli anni '70 sono sorte le prime scuole triennali regionali di specializzazione in Optometria. In seguito, nel corso dell'ultimo decennio, l'università ha reso possibile l'attivazione sul territorio italiano di sette corsi di laurea triennale in ottica e optometria, tenutisi presso università statali, assolvendo al compito di dare quell'indispensabile formazione accademica prevista per una professione sanitaria.

Il parlamento italiano, nonostante siano trascorsi oltre 86 anni dalla regolamentazione della figura dell'ottico, non è ancora riuscito ad adeguare la normativa alla realtà sociale e formativa attuale. Nonostante questo, la giurisprudenza, in diverse occasioni, si è occupata dell'ottico optometrista e dell'attività optometrica acclarando principi quali quello che i difetti della refrazione non possono essere qualificati come malattia e che l'attività di misurazione della vista effettuata dall'optometrista non può essere confusa con l'attività propria dell'ottico asserendo più volte che l'optometrista possa, oltre a effettuare la misurazione della vista, anche apprestare, confezionare e vendere, senza la

preventiva ricetta medica, occhiali e lenti correttive non solo per i casi di miopia e presbiopia, ma anche per i casi di astigmatismo, ipermetropia ed afachia.

Per ottenere l'accreditamento presso la Regione Lombardia è requisito minimo necessario che in ogni centro ottico sia presente un ottico optometrista che soddisfi queste caratteristiche:

- titolo di studio abilitante di ottico;
- laurea in ottica e optometria con esame abilitante all'esercizio dell'arte ausiliaria di ottico o attestato regionale di specializzazione in optometria;
- avere all'interno del centro ottico una zona adibita esclusivamente all'esercizio della parte professionale;
- avere a disposizione la strumentazione minima per eseguire i *test* previsti nelle varie prestazioni professionali codificate.

5. LISTE D'ATTESA

5.1 Quali obiettivi? I tempi richiesti da normativa

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare

Quando si parla di tempi di attesa, la Regione Lombardia fa riferimento a due tipologie di prestazioni:

- prima visita o primo esame;
- visita di controllo o esame di controllo.

Questa distinzione è importante in quanto presuppone dei tempi di attesa da rispettare differenti.

Già a partire dal 2011, con il DGR n. IX/1775, vengono definiti i tempi di attesa esclusivamente per le prime visite, sottolineando il fatto che il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito per il 95% dei pazienti; da questo punto di vista, **Regione Lombardia stima che il tempo massimo di attesa per effettuare una visita oculistica debba essere, di norma, pari a 30 giorni.**

Tabella 3 – Prestazioni ambulatoriali di primo accesso per le quali Regione Lombardia ha individuato specifici tempi massimi di attesa

Codifica	Descrizione	Tempo massimo in giorni (area geriatrica)	Tempo massimo in giorni (Priorità D = differibile)
95.02	Prima visita oculistica	-	30
95.09.1	Esame del <i>fundus oculi</i>	40	40

Fonte: ASL Milano 1, Informazioni sui tempi di attesa estratte dal piano di Governo Asl - Tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (disponibile al link: http://www.aslmi1.mi.it/documentazione/doc_download/5999-tempi-massimi-di-attesa-prestazioni-ambulatoriali.html)

Regione Lombardia, con il DGR n.351/2012, ha riconosciuto uno stanziamento alla Asl Milano 1 di 2.343.556 euro su 25 milioni di euro complessivi in tutta la Lombardia. Con il recepimento del medesimo DGR, la ASL Milano 1 ha individuato le prestazioni ambulatoriali soggette a maggiore criticità per i tempi di attesa e ha, quindi, provveduto ad ampliare l'offerta di visite ed esami diagnostici afferenti alla branca di cardiologia, radiologia, oculistica, ginecologia, ortopedia, dermatologia, ORL, pneumologia, neurologia, chirurgia vascolare, urologia, gastroenterologia e riabilitazione; si tratta, dunque, di 34.000 visite specialistiche e oltre 32.000 esami e procedure diagnostiche (<http://www.aslmi1.mi.it/>).

Secondo quanto dichiarato dall'ASL Milano 1 nel rapporto sul Governo dei tempi di attesa relativo all'anno 2014 - Piano Attuativo¹, nel corso dell'anno 2013, mediamente, il 95,04% delle visite oculistiche è stato erogato rispettando il tempo massimo di attesa previsto dalla normativa; inoltre, si riscontra lo stesso risultato anche per quanto riguarda l'esame del *fundus oculi* (che presenta una percentuale di *compliance* pari al 95,4%). Se, però, si focalizza l'attenzione ad esempio sull'Azienda Ospedaliera Ospedale civile di Legnano, il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni in oggetto è risultato inferiore al 95% (rispettivamente pari al 90,7% per le visite oculistiche e all'83,7% per l'esame del *fundus oculi*). Questa stessa situazione si ripresenta anche in altre aziende ospedaliere

¹ Disponibile al link: www.aslmi1.mi.it/.../4593-piano-attuativo-dei-tempi-di-attesa-asl-milano-1-anno-2013.html

(Azienda G. Salvini di Garbagnate Milanese, Clinica di San Carlo di Paderno Dugnano, Casa di Cura Ambrosiana di Cesano Boscone e alcuni Poliambulatori privati accreditati a contratto), per le quali la stessa ASL riconosce che sia necessario effettuare una valutazione e un monitoraggio dell'area di riferimento ai fine di un miglioramento delle *performance* per l'anno 2014.

Il Sistema Sanitario Nazionale si pone l'obiettivo di abbattere i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, cercando di garantire l'erogazione di questi servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alla necessità di cura. Questo aspetto risulta di fondamentale importanza quando ci si rapporta alle problematiche legate alla vista, dal momento che, spesso, una volta perduta la facoltà visiva, essa non può essere più recuperata; grazie alla individuazione precoce, è invece possibile trattare adeguatamente i diversi problemi di refrazione e arrestare (o almeno rallentare significativamente) la progressione di molte comuni patologie (degenerazione maculare e glaucoma, solo per citarne alcune).

5.2 Cosa viene dichiarato vs. *real world*

Nonostante gli accorgimenti normativi, le liste di attesa continuano ad avere dei tempi molto lunghi. Le tabelle seguenti forniscono una controprova di quanto esposto: sono state infatti registrate delle telefonate al CUP (Centro Unico di Prenotazione) di diversi presidi ospedalieri, afferenti alla ASL MI 1, in cui si richiedeva, attraverso impegnativa del Medico di Medicina Generale, appuntamento rispettivamente per:

- prima visita oculistica;
- esame della sensibilità al contrasto (facendo riferimento all'esame per il rinnovo patente);
- esame *fundus oculi* (con diagnosi di retinopatia).

Tabella 4 – Tempi di attesa rilevati attraverso telefonata al CUP effettuata in data 21 maggio 2014

Presidio	Visita Richiesta	Attesa in giorni
Limbiate	Prima Visita	140
Corsico	Prima Visita	187
Parabiago	Prima Visita	194
Como	Prima Visita	200
Legnano	Prima Visita	225
Corsico	Prima Visita	169
Legnano	<i>Fundus Oculi</i>	225
ASL	<i>Fundus Oculi</i>	149

Tabella 5 – Tempi di attesa rilevati attraverso telefonata al CUP effettuata in data 13 giugno 2014

Presidio	Visita Richiesta	Attesa in giorni
Legnano	Prima Visita	233
Corsico	Prima Visita	171
Limbate	Prima Visita	110
Giussano	Prima Visita	18
Carate	Prima Visita	42
Magenta	Prima Visita	202
Magenta	Sensibilità al Contrasto	202
Abbiategrasso	Sensibilità al contrasto	202
Legnano	<i>Fundus Oculi</i>	237
Abbiategrasso	<i>Fundus Oculi</i>	141

Tabella 6 - Tempi di attesa rilevati attraverso telefonata al CUP effettuata in data 16 luglio 2014

Presidio	Visita Richiesta	Attesa in giorni
Legnano (Ospedale Nuovo)	Prima Visita	250
Parabiago	Prima Visita	7
Magenta	Prima Visita	14
Legnano (Ospedale Vecchio)	Prima Visita	91
Legnano (Ospedale Vecchio)	Visita successiva alla prima	51
Legnano (Ospedale Nuovo)	Visita successiva alla prima	259
Parabiago	Visita successiva alla prima	7
Magenta	Visita successiva alla prima	14

Nota: i tempi delle liste di attese qui rilevati sono ridotti in alcuni presidi ospedalieri, come ad esempio l'ospedale di Parabiago e di Magenta, dove vengono proposte delle date prossime alla prenotazione; il dato è condizionato dal fatto che in prossimità del mese di agosto e delle vacanze estive spesso si liberano dei posti, fattore che influisce positivamente sull'agenda di prenotazione delle strutture ospedaliere.

Dalle registrazioni effettuate si evince che il territorio di riferimento, nella realtà dei fatti, non sia in grado di assolvere alle richieste imposte dalla normativa vigente; sono stati rilevati, infatti, mediamente: 141 giorni per prima visita, 83 giorni per visita di controllo successiva alla prima, 202 giorni per il *fundus oculi* e 188 giorni per la *test* della sensibilità al contrasto per il rinnovo patente, intendendo i giorni che intercorrono tra la prenotazione della prestazione ambulatoriale e l'effettiva erogazione della stessa.

Oltre a questa verifica diretta, è possibile osservare i tempi di attesa anche per la ASL di Milano: prendendo in analisi solo l'esame complessivo dell'occhio, anche in questo caso la normativa in materia di tempi di attesa non viene rispettata: mediamente, infatti, intercorrono 72 giorni.

Tabella 7 - Tempi d'attesa delle strutture accreditate presenti sul territorio della ASL Milano, relativamente all'esame complessivo dell'occhio (visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo)

STRUTTURA	GIORNI DI ATTESA
Azienda Ospedaliera Niguarda	87
Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo	93
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Ospedale Città Di Sesto San Giovanni	145
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Ospedale Vittore Buzzi	151
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Cologno Monzese	79
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Cusano Milanino	163
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Ospedale Bassini	103
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio P.Le Accursio	67
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Puecher	58
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Rugabella	33
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Baroni	81
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Don Orione	67
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Farini	55
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Gola	54
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Inganni	4
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Ippocrate	96
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Livigno	101
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Mangiagalli	52
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Masaniello	51
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Ripamonti	55
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Via Sassi	54
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Viale A.Doria	61
Azienda Ospedaliera I.C.P. - Poliambulatorio Viale Molise	47
Azienda Ospedaliera San Paolo	32
Azienda Ospedaliera Luigi Sacco	105
Centro Clinico Milanese	21
Curie - Diagnostica Per Immagini E Terapie Via Sormani	50
Euromedica Istituto Scientifico	37
Fondazione Don Gnocchi Santa Maria Nascente	54
Fondazione Irccs Policlinico - Mangiagalli	36
Irccs Auxologico San Luca	70
Irccs Auxologico San Michele	93
Istituto Clinico Citta' Studi	40
Istituto Clinico S.Ambrogio	67
Istituto Clinico San Siro	30
Lab Srl Laboratorio Analisi Biochimiche	35
Multimedica	70
Ospedale Fatebenefratelli E Oftalmico	253
Ospedale San Giuseppe	84
Pio Albergo Trivulzio	103
Poliambulatorio Cardinal Schuster	23
Polo Chirurgico Capitanio	73

Fonte: ASL Milano, <http://www.asl.milano.it/user/Default.aspx?MOD=STRACC&PAG=83&SEZ=9&VIEW=DETTAGLI>

Nota: dati verificati il 9 luglio 2014

Un'ulteriore testimonianza relativamente alla lunghe di liste di attesa viene fornita dalla Onlus CittadinanzAttiva, che, nel luglio 2013, ha presentato a Roma il XVI Rapporto PiT salute; l'associazione ha, infatti, analizzato più di 5.000 segnalazioni di pazienti ricevute dal Tribunale dei Diritti del Malato e ha mostrato che, per quanto riguarda la specialistica, l'oculistica è l'area indicata come maggiormente a rischio di attesa e rappresenta da sola circa un quarto delle segnalazioni, avendo ricevuto il 25,6% di reclami (dato in aumento, se confrontato con il 18,5% rilevato nel 2011). Stando a quanto affermato, in Italia, per sottoporsi ad una visita oculistica, bisogna aspettare in media circa nove mesi (CittadinanzAttiva, 2013).

Tabella 8 – Tempi d'attesa indicati dalle segnalazioni raccolte da CittadinanzAttiva

Attesa media per visita specialistica	2012
Urologica	12 mesi
Pneumologica	10 mesi
Oculistica	9,5 mesi
Cardiologica	9,5 mesi
Oncologica	7 mesi
Odontoiatrica	6 mesi
Neurologica	6 mesi
Dermatologica	6 mesi
Ginecologica	6 mesi
Ortopedica	5 mesi

Fonte: Cittadinanzattiva – Rapporto PIT Salute 2013

Ma quali sono, quindi, le conseguenze di liste di attesa così lunghe? L'accessibilità al Sistema Sanitario nazionale è una variabile che viene studiata prendendo in considerazione il numero di persone che decidono volontariamente di rinunciare alle cure. A tal proposito si ritiene necessario prendere in considerazione il Rapporto annuale ISTAT 2014, con riferimento in particolare al capitolo 4 intitolato "Tendenze demografiche e trasformazioni sociali: nuove sfide per il sistema di *welfare*", in cui si evidenzia un'iniquità da parte del Sistema Sanitario Nazionale, testimoniata dalla percentuale di persone che, se pur bisognose di specifiche cure, ha rinunciato alla prestazione sanitaria. Dall'analisi condotta, emerge infatti che il 32,4% della popolazione, relativamente all'anno 2012, ha rinunciato alla cura a causa di liste di attesa troppo lunghe e, quindi, di problemi di accessibilità alla struttura.

A fronte di queste tempistiche, le persone che possono permetterselo ricorrono alle cure a pagamento; infatti, se si vogliono ridurre i tempi di accesso alle prestazioni bisogna rivolgersi alla Sanità privata: secondo la più recente ricerca del Censis (2013), per una prima visita oculistica in una struttura pubblica il *ticket* costa mediamente 30,00€, con dei tempi di attesa medi di 74 giorni, mentre nel privato, pagando in media 98,00€, si aspettano solo 7 giorni; con 70 euro in più rispetto a quanto costerebbe il *ticket* nel sistema pubblico si risparmiano almeno 66 giorni di attesa per quanto riguarda una visita oculistica.

Anche la prenotazione di una visita presso uno studio oculistico privato non è però sempre di facile accesso. A testimonianza di ciò, infatti, sono state eseguite 19 telefonate presso studi oculistici: primo aspetto da evidenziare risiede nel fatto che circa la metà di questi ha attiva la segreteria telefonica, invitando a lasciare un messaggio indicando il numero di telefono per essere, poi, richiamati.

Vengono riportati, di seguito, gli esiti delle registrazioni effettuate.

Tabella 9: Tempi di attesa rilevati attraverso telefonata a studi oculistici privati effettuata in data 10 e 11 settembre 2014

Oculista	Attesa in giorni
Oculista Privato 1	15
Oculista Privato 2	1
Oculista Privato 3	13
Oculista Privato 4	12
Oculista Privato 5	20
Oculista Privato 6	8
Oculista Privato 7	70
Oculista Privato 8	22
Oculista Privato 9	5
Oculista Privato 10	6

Dai risultati emerge quindi che il tempo medio di attesa per poter effettuare una visita oculistica privata è pari 17,2 giorni. È stato, inoltre, calcolato anche il prezzo medio della prestazione, che risulta essere pari a 101,40 €.

Coloro i quali, e sono in numero sempre maggiore, non possono permettersi di sostenere una spesa aggiuntiva, davanti a un'urgenza oftalmica, come potrebbe essere una semplice congiuntivite acuta, di fronte ai tempi di attesa esistenti nel pubblico, si rivolgono impropriamente al Pronto Soccorso, andando ad allungare considerevolmente il numero di codici bianchi e verdi.

Per dare un'idea dell'ordine di grandezza della situazione attuale, secondo il flusso dati elaborato da Regione Lombardia relativamente all'anno 2013, nei Pronto Soccorso della nostra Regione sono stati trattati 18.308 casi di congiuntivite acuta (per il 43% classificati come codice bianco, per il 57% come codice verde), rappresentando la 21esima causa di accesso al servizio, mentre i casi di congiuntivite sono stati 12.689 (codice bianco per il 58%, codice verde per il 42%), 38esima causa di accesso al Pronto Soccorso.

Più in generale, 57.995 prestazioni effettuate nel 2013 sono state classificate nella categoria diagnostica afferente alle malattie della congiuntiva (per il 45% classificata come codice bianco, per il 55% come codice verde), e rappresentano il 2,12% del totale dei codici bianchi e verdi trattati al Pronto Soccorso. L'ottico optometrista, non occupandosi di patologia, non valuta le congiuntiviti, semmai tanti casi potrebbero essere visitati in tempi brevi dalle eccellenze mediche-oculistiche liberate, anziché creare più attese nei Pronto Soccorso.

6. RIVALUTAZIONE DEI CODICI E DELLE TARIFFE: UNA PROPOSTA

6.1 ABC: una proposta sostenibile

Il presente *Report*, attraverso la metodica dell'*Activity Based Costing Analysis* (di seguito ABC), si propone l'obiettivo di effettuare una valutazione economica del costo medio relativo a ciascuna nuova tariffa che gli ottici potrebbero essere accreditati a svolgere.

Le prime testimonianze relative all'applicazione dell'ABC risalgono al 1987 quando Johnson T.H. e Kaplan R.S. pubblicano un primo articolo finalizzato a preparare il terreno per la diffusione della metodologia in oggetto. Occorre, inoltre, ricordare anche Raffish e Turney (1991) che definiscono l'ABC come un metodo che sostiene che il costo di un determinato oggetto è connesso a quello dell'attività che ha contribuito a realizzarlo. Da segnalare è anche il contributo di Drucker (1995 e 1999) secondo il quale l'ABC risulta essere uno strumento in grado di soddisfare i sempre più sofisticati fabbisogni informativi del management permettendo un migliore controllo sia dei costi sia dei risultati.

Dunque la metodica utilizzata in questo report è l'*Activity Based Costing*, finalizzata al calcolo e alla misurazione dei costi e delle prestazioni di attività, risorse e oggetti di costo. Alla base dell'applicazione dell'ABC vi è il concetto non solo di costo, ma anche di "attività", che comprende sia i processi produttivi, ossia quelli finalizzati all'erogazione del servizio, sia le azioni che supportano questi processi.

Scopo dell'ABC è l'individuazione del legame causale tra il valore delle risorse delle attività e il volume di attività domandate dall'oggetto di costo finale mediante l'utilizzo di appositi *cost driver* (parametri), che permettono di pervenire alla determinazione del costo di ciascun oggetto (Vagnoni e Potena, 2003).

L'approccio ABC può essere sintetizzato essenzialmente in sei fasi (Brimson, 1992), di seguito descritte.

1. Determinazione delle attività dell'azienda

Questa fase si pone l'obiettivo di identificare e capire come un'organizzazione utilizzi le sue risorse per erogare le prestazioni sanitarie. Dunque è necessario andare a scomporre, attraverso l'analisi del singolo processo, l'organizzazione nelle sue attività elementari in modo tale da identificare ed analizzare le suddette attività, evidenziandone le criticità e i punti di forza, e definendo le priorità di intervento.

2. Definizione dei costi e delle *performance* delle attività

Questa fase si pone l'obiettivo di valorizzare le attività aziendali dal punto di vista economico, permettendo la valorizzazione economica dei costi e ricavi di ogni singolo stadio. La valorizzazione si ottiene specificando il costo di tutte le materie prime, prodotti, apparecchiature, attrezzature e risorse umane utilizzate, e ripartendo il costo sulla base di opportuni *activity driver* di ripartizione del costo, ossia parametri finalizzati a determinare la domanda di attività in termini di intensità, durata o frequenza (Cinquini *et al.*, 2002). Conseguentemente a ciò è possibile distinguere tra (Bonfanti e Porazzi, 2011):

(i) *Transaction driver*: si tratta di parametri che esprimono la frequenza di un fenomeno e allocano i costi a un dato oggetto di calcolo in base a come il tempo è ripartito all'interno dell'attività di riferimento;

- (ii) *Duration driver*: queste basi di ripartizione vengono utilizzate per esprimere la durata di un fenomeno e quindi i costi sono allocati in base alla durata dell'attività per l'oggetto di calcolo di costo;
- (iii) *Intensity driver*: rispetto ai due parametri appena analizzati si caratterizzano per un livello di dettaglio maggiore in quanto considerano anche la qualità delle risorse impiegate nello svolgimento delle attività.

La valorizzazione economica delle singole attività si conclude con la riaggregazione dei costi e dei ricavi prodotti.

3. Determinazione dell'output dell'attività

Affinché la determinazione delle attività che compongono un processo e la loro valorizzazione economica siano puntuali, è necessario prendere in considerazione anche l'*output* delle singole attività (Bonfanti e Porazzi, 2011). L'*output* è dunque direttamente proporzionale alla determinazione della misura dell'attività – il fattore rispetto al quale i costi di un processo variano più direttamente -, la quale può essere un *input*, un *output* o un attributo fisico della singola attività.

4. Identificazione delle relazioni tra l'attività e gli obiettivi di costo

Questa fase si pone l'obiettivo di andare ad attribuire dei costi alle prestazioni sanitarie erogate. Si indentificano tutte le attività misurabili, specificando quanta parte dell'*output* di un'attività è dedicato a quell'obiettivo di costo (Bonfanti e Porazzi, 2011). In questo modo sarà quindi possibile valorizzare la risorsa al suo costo unitario e calcolare, di conseguenza, il costo complessivo dell'attività.

5. Individuazione dei fattori critici di successo

L'individuazione dei fattori critici di successo è una fase trasversale a tutto il processo dell'ABC in quanto sottolinea l'importanza di quest'ultima anche a livello strategico (Bonfanti e Porazzi, 2011). I piani strategici possono infatti essere influenzati sia da una programmazione generale e di lungo periodo che va a definire le linee di azione da seguire e gli obiettivi da raggiungere, sia anche da una pianificazione operativa più di breve periodo che permette di identificare le attività quotidiane da attuare per raggiungere gli scopi prefissati. Partendo pertanto da questo presupposto, l'ABC, permettendo di intervenire sul quotidiano, assicura l'individuazione delle azioni operative da attuare per il raggiungimento degli obiettivi teorici prefissati.

6. Valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle attività

L'ultima fase della metodica in oggetto consiste nella valutazione finale delle attività al fine di avere delle informazioni utili sui miglioramenti di efficacia ed efficienza aziendale ottenuti. Il controllo richiesto da questa fase può essere fatto se ogni *step* è continuamente misurato in rapporto agli obiettivi a breve e a lungo termine. In questo modo, sarà possibile ottenere importanti *feedback* essenziali per decidere se proseguire con lo svolgimento dell'attività oppure predisporre una rivisitazione della stessa (Bonfanti e Porazzi, 2011).

Il ricorso all'ABC presenta numerosi vantaggi, in particolare modo permette di garantire un'informazione di costo più accurata che porta ad una valutazione economica più attendibile basata sul rapporto di causa ed effetto tra impiego di risorse e oggetto di misurazione. Grazie alla ricostruzione del processo di erogazione del servizio/prestazione, l'ABC sprona gli operatori a spostare la loro attenzione sulle attività e sulle procedure, incentivando una maggiore analisi interna delle stesse e favorendo un'attenta individuazione delle attività critiche (Bonfanti e Porazzi, 2011). Questa programmazione assicura anche una migliore comprensione del legame che si viene a creare tra le risorse consumate e i costi sostenuti, favorendo quindi anche un miglioramento sia qualitativo sia quantitativo delle prestazioni e dei servizi erogati attraverso un processo di razionalizzazione che

si pone, quindi, l'obiettivo di enfatizzare le attività che producono valore per il cliente e, al contrario, di eliminare quelle che invece consumano risorse e non hanno neanche una funzione di supporto.

6.2 Presentazione nuovi codici

Cod. 01 - Prima visita ottico optometrica (non pediatrica): esame del *visus*, refrazione completa con eventuale determinazione e certificazione di lenti correttive. € 18,00

Comprensiva di:

- anamnesi;
- esame della trasparenza dei mezzi oculari;
- *test* di Amsler;
- *visus* abituale monocolare e binocolare, lontano e vicino;
- retinoscopia statica e dinamica;
- cheratometria;
- refrazione monocolare compresi annebbiamento, cilindri crociati, *test* bicromatico;
- bilanciamento binocolare, eventuale determinazione e certificazione di lenti correttive per lontano;
- refrazione, eventuale determinazione e certificazione di lenti correttive per vicino.

Durante la prima visita l'ottico optometrista prende in carico il soggetto, non di età pediatrica, facendone un quadro completo a livello visivo. Innanzitutto coi primi *test* (esame della trasparenza dei mezzi e *test* di Amsler) si esegue uno *screening* preventivo per poter tempestivamente segnalare delle problematiche che interessano esclusivamente il medico oftalmologo. Di seguito l'esame prosegue con il *visus* abituale e la misurazione della vista monocularmente e binocularmente sia nella visione da lontano che da vicino. Infine si procede con l'eventuale determinazione e certificazione di lenti correttive per compensare il difetto visivo riscontrato.

Tabella 10 - Prima visita ottico optometrica

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€ 14,49	81,38%
Totale Apparecchiatura	€ 3,30	18,51%
Materiale di consumo	€ 0,01	0,06%
Altri Costi	€ 0,01	0,06%
Totale	€ 17,81	100,00%

Cod. 02 - Visita ottico optometrica di controllo: refrazione con eventuale determinazione e certificazione di lenti correttive. € 15,00

Comprensiva di:

- anamnesi;
- *test* di Amsler;
- *visus* abituale monolare e binolare, lontano e vicino;
- refrazione monolare compresi annebbiamento, cilindri crociati, *test* bicromatico;
- bilanciamento binolare, eventuale determinazione e certificazione di lenti per lontano;
- refrazione, eventuale determinazione e certificazione di lenti per vicino.

La visita di controllo riguarda qualsiasi soggetto; partendo da un esame refrattivo già effettuato, l'ottico optometrista verifica che il difetto visivo non sia variato misurando la refrazione monocularmente e binocularmente, determinando e certificando le nuove lenti correttive da lontano e/o da vicino.

Tabella 11 - Visita di controllo

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€ 12,09	78,64%
Totale Apparecchiatura	€ 3,26	21,23%
Materiale di consumo	€ 0,01	0,07%
Altri Costi	€ 0,01	0,07%
Totale	€ 15,37	100,00%

Cod. 03 - Esami visivi per la guida funzionali alla determinazione e certificazione del mezzo ottico compensativo. € 13,00

Comprensiva di:

- sensibilità al contrasto lontano;
- visione crepuscolare;
- campo visivo manuale;
- sensibilità e tempo di recupero all'abbagliamento;
- discriminazione cromatica.

Secondo la più recente direttiva del Ministero della Salute a proposito dei requisiti per l'idoneità alla guida del 2011, per il rilascio ed il rinnovo delle patenti di guida questi *test* visivi sono obbligatori, ma spesso non vengono eseguiti. L'ottico optometrista potrebbe fornire un grande contributo effettuandoli e facendo così da supporto al medico monocratico.

Tabella 12 - Esami complementari per la guida

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€ 11,61	76,92%
Totale Apparecchiatura	€ 3,46	22,95%
Materiale di consumo	€ 0,01	0,07%
Altri Costi	€ 0,01	0,07%
Totale	€ 15,09	100,00%

Cod. 04 - Valutazione optometrica dell'ergonomia ambientale in funzione della determinazione e certificazione del mezzo ottico compensativo. € 7,00

Comprensiva di:

- considerazioni ambientali e posturali;
- valutazione della richiesta visiva specifica;
- igiene visiva.

La valutazione dell'ambiente e delle necessità visive del soggetto, soprattutto in ambito scolastico e lavorativo, ha lo scopo di migliorare il rendimento, ridurre i tempi di affaticamento e aumentare la produttività conservando un salutare equilibrio. Risulta importante in fase di determinazione e certificazione del mezzo correttivo scegliere la miglior soluzione ottica ed ergonomica.

Tabella 13 - Valutazione optometrica dell'ergonomia ambientale

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€ 6,24	95,56%
Totale Apparecchiatura	€ 0,27	4,13%
Materiale di consumo	€ 0,01	0,15%
Altri Costi	€ 0,01	0,15%
Totale	€ 6,53	100,00%

Cod. 05 - Analisi visiva optometrica della visione binoculare funzionale alla determinazione e certificazione del mezzo ottico compensativo. € 17,00

Comprensiva di:

- dominanza oculare lontano e vicino;
- *cover test* lontano e vicino;
- indagine gradi della fusione lontano e vicino;
- re.vip;
- motricità oculare monoculare e binoculare;
- misurazione stato forico e relative vergenze lontano e vicino;
- misurazione accomodazione e rapporto accomodazione/convergenza;

- altri *test* di binocularità che si ritengono utili al caso.

Questo tipo di analisi visiva è attualmente il metodo più completo per capire come funziona il sistema visivo di un soggetto e per poter fornire le indicazioni più opportune per il suo benessere visivo. Esame di origine americana, è ora diffuso in moltissimi paesi al mondo, oggi integrato e aggiornato, è stato utilizzato dagli ottici optometristi italiani già negli anni '70. I molteplici *test* di cui si compone indagano in modo approfondito tutte le abilità visive.

Tabella 14 - Analisi visiva optometrica della visione binoculare

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€11,52	76,78%
Totale Apparecchiatura	€ 3,46	23,09%
Materiale di consumo	€ 0,01	0,07%
Altri Costi	€ 0,01	0,07%
Totale	€ 15,00	100,00%

Cod. 06 - Prima visita per individuazione, applicazione e certificazione lenti a contatto personalizzate. € 35,00

Comprensiva di:

- anamnesi;
- *visus* abituale lontano e vicino;
- cheratometria;
- biomicroscopia segmento oculare esterno;
- *test* lacrimali;
- esame refrattivo;
- determinazione delle prime lenti di prova;
- applicazione e valutazione adattamento prime lenti a contatto;
- eventuale determinazione e certificazione lenti definitive.

Nel caso in cui siano scelte come mezzo correttivo le lenti a contatto, l'ottico optometrista prende in carico il futuro portatore eseguendo i *test* preliminari, l'esame refrattivo e la prima applicazione di lenti a contatto di prova. In base al tipo di lenti a contatto consigliate verranno determinate e certificate le lenti definitive oppure rimandata la valutazione dopo altre prove applicative.

Tabella 15 – Valutazione, determinazione e certificazione lenti a contatto su misura

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€ 20,73	57,73%
Totale Apparecchiatura	€ 7,67	21,36%
Materiale di consumo	€ 7,50	20,89%
Altri Costi	€ 0,01	0,03%
Totale	€ 35,91	100,00%

Nota: il costo delle apparecchiature, più elevato per questo specifico codice, trova la sua giustificazione nella dotazione di set di lenti di prova, necessarie per erogare tale prestazione ma costose e difficilmente ammortizzabili

Cod. 07 – Applicazione, determinazione e certificazione successive lenti a contatto su misura (per seduta).

€ 20,00 (cad., serie di 3 o 5 sedute)

Comprensiva di:

- determinazione e applicazione successive lenti a contatto di prova;
- valutazione adattamento lenti a contatto applicate;
- eventuale determinazione lenti a contatto di prova o eventuale certificazione lenti a contatto definitive.

Tabella 16 – Applicazione, determinazione e certificazione lenti successive

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€ 13,05	64,75%
Totale Apparecchiatura	€ 4,10	20,32%
Materiale di consumo	€ 3,00	14,88%
Altri Costi	€ 0,01	0,05%
Totale	€ 20,16	100,00%

Cod. 08 - Consegna e istruzioni d'uso delle lenti a contatto. € 15.00

Comprensiva di:

- addestramento inserimento delle lenti a contatto;
- indicazioni per una corretta manutenzione;
- istruzioni d'uso, avvertenze e analisi dei rischi.

Tabella 17 – Consegna e istruzioni di uso lenti a contatto

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€ 9,21	60,14%
Totale Apparecchiatura	€ 3,10	20,21%
Materiale di consumo	€ 3,00	19,59%
Altri Costi	€ 0,01	0,07%
Totale	€ 15,32	100,00%

Cod. 09 - Controllo periodico per portatori di lenti a contatto. € 15.00

Comprensiva di:

- *visus* abituale lontano e vicino;
- sovrarefrazione lontano e vicino;
- valutazione applicazione lente a contatto;
- eventuale modifica dei parametri della lente a contatto e certificazione della stessa;
- consigli e valutazioni.

Tabella 18 – Controllo periodico per portatori di lenti a contatto

Fasi di Costo	Costo	% sul Totale
Risorse Umane	€ 11,04	71,71%
Totale Apparecchiatura	€ 4,30	27,90%
Materiale di consumo	€ 0,05	0,32%
Altri Costi	€ 0,01	0,06%
Totale	€ 15,40	100,00%

Molto importanti sono i codici sulla contattologia (cod. 6 - 7 - 8 - 9), perché i cittadini affetti da importanti difetti visivi, o patologie risolvibili quasi esclusivamente con l'applicazione delle LAC, sono attualmente discriminati non essendo previsto, a loro sostegno, un codice nel Sistema Sanitario. Non esiste infatti un codice specifico in quanto non è previsto l'accreditamento dell'ottico optometrista, unico professionista in grado di eseguire l'applicazione, l'approntamento e la fornitura delle LAC. Questo codice è indispensabile soprattutto per la contattologia su misura, cheratoconi e *post* chirurgica.

6.3 Risultati

Alla luce di quanto esposto finora, l'analisi si è posta l'obiettivo di individuare le principali attività in cui il processo può essere scomposto, affidando a ciascuna di queste il costo medio correlato. Per processo si intendono i sopracitati nuovi codici del tariffario di Regione Lombardia per prestazione proposte dagli ottici optometristi.

Si sono prese, quindi, in considerazione le seguenti attività: accettazione, anamnesi, sequenza del *test*, analisi dei risultati e prova ambientale e, infine, certificazioni. A ciascuna di queste attività è stato affidato il costo medio relativo alle risorse umane coinvolte, alle apparecchiature utilizzate

(includendo telefono, PC, memorie esterne e sms), ai materiali di consumo e ad altri costi indiretti specifici di processo (in questo caso viene incluso l'abbonamento telefonico).

Da quanto presentato emerge che le risorse umane rappresentano il costo che più incide sul totale delle prestazioni analizzate; mediamente va, infatti, ad incidere per un *range* che va dal 57,73% al 95,56% sul costo totale.

È degno di nota, inoltre, andare a considerare anche il costo medio delle risorse umane inerenti ad un'azienda ospedaliera; dunque occorre valutare il costo medio al minuto di un oculista specialista. Supponendo che il clinico abbia un costo lordo annuo di circa 80.000 €, si mostrano tali osservazioni:

Costo medio specialista	Settimane lavorative	Ore lavorative	Costo medio/h	Costo medio/min
€ 80.000,00	46	38	€ 45,77	€ 0,76

Calcolando il costo medio dello specialista su 46 settimane lavorative (eliminando alcune settimane dedicate a corsi di formazione e ferie), si può concludere dicendo che, **dal punto di vista di un'azienda ospedaliera, il medico specialista inciderà molto di più sul totale della prestazione erogata; con importi di 0,76 € al minuto, contro 0,48 € al minuto del costo medio riferito, invece, ad una prestazione eseguita dall'ottico optometrista.**

Ovviamente, nella stima del costo medio dello specialista, non si sono tenuti in considerazione i costi di gestione di un'azienda ospedaliera, la quale presenta dei costi generali molto elevati data la complessità della struttura.

Se gli ottici optometristi saranno accreditati a svolgere le suddette prestazioni, l'azienda ospedaliera avrà infatti un risparmio (relativamente al costo delle risorse umane che vanno maggiormente ad incidere sul costo complessivo della prestazione), in quanto, a parità di prestazione, ad oggi spesso i rimborsi da tariffario non coprono i costi per effettuare le prestazioni oggetto di analisi erogate dal medico oculista.

7. RICADUTE SUL SISTEMA

7.1 Capillarità sul territorio

Negli ultimi anni il nostro Paese ha assistito a una rapida trasformazione demografica, sociale ed economica: il sostanziale invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie cronico-degenerative, l'abbassamento della soglia della povertà derivante dalla crisi economica hanno evidenziato l'inadeguatezza delle risposte che lo Stato è in grado di fornire ai problemi della popolazione sulla base di un'organizzazione disegnata su un modello sociale ormai superato. L'istruzione, il sistema pensionistico, il mondo del lavoro, sembrano poggiare su un'impalcatura pericolante e vacillano sotto il peso della difficoltà di combinare esigenze crescenti e scarsità di risorse. Anche il diritto alla salute e l'organizzazione del sistema sanitario devono fare i conti con questa realtà e confrontarsi con i nuovi bisogni assistenziali. L'ospedale, fulcro dell'erogazione di cure e assistenza per decenni, ha, così, iniziato a perdere il suo ruolo primario nel panorama sanitario: già da diversi anni, infatti, l'esigenza di adeguare l'offerta sanitaria ai reali bisogni della popolazione ha spinto i decisori delle politiche sanitarie dei maggiori paesi industrializzati e anche delle nostre Regioni a spostare il *focus* sulle cure primarie e, quindi, sul territorio.

Una revisione delle prestazioni degli ottici optometristi rimborsabili dal Sistema Sanitario Regionale risponde quindi appieno alle proposte di sviluppo avanzate dalla Commissione Sviluppo Sanità di Regione Lombardia (2014), che suggerisce come il nuovo modello socio sanitario territoriale debba evolversi seguendo cinque linee guida:

1. presa in carico globale dell'individuo e della famiglia;
2. presa in carico attiva della fragilità e della cronicità;
3. **prossimità e facilità di accesso ai servizi**;
4. misurabilità e valutazione;
5. integrazione ospedale e territorio.

La possibilità di rivolgersi direttamente a un centro ottico optometrista convenzionato, garantirebbe a tutti i cittadini, anche quelli che abitano lontano dai centri principali o che hanno difficoltà negli spostamenti di medio-lungo raggio, di trovare una porta di accesso adeguata al sistema; potersi rivolgere direttamente all'ottico optometrista per determinate prestazioni renderebbe più semplice, e spesso volte anche meno burocratico, l'accesso ai servizi stessi, con conseguenze positive anche sulla *compliance* e sulla riconoscibilità dei servizi offerti.

La professione dell'ottico optometrista, infatti, da sempre e per sua natura prossima alla popolazione, ha saputo, in questi anni di transizione, percorrere la strada del rinnovamento del suo ruolo e della sua formazione, nonché del perseguimento di una propria autonomia che, alla luce di un passato nemmeno troppo remoto, non è affatto da considerare scontata. Sotto il profilo legislativo, infatti, l'ottico optometrista è un professionista in grado di agire autonomamente in ambito tecnico ed educativo. Egli, operando costantemente accanto ai cittadini, assume un ruolo sociale di primo piano attraverso la costruzione di efficaci relazioni d'aiuto e la conoscenza diretta dei servizi e delle prestazioni sociali e sanitarie fruibili sul territorio.

7.2 Maggior appropriatezza

Dal punto di vista professionale, un intervento sanitario è definito come appropriato quando:

- è di efficacia provata da variabili livelli di evidenza;
- viene prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata;
- gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici.

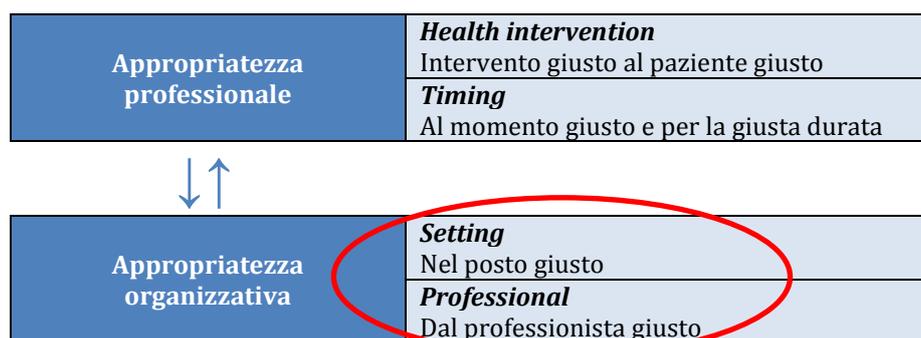
Un intervento sanitario è invece appropriato a livello organizzativo se viene erogato consumando un'adeguata quantità di risorse, con particolare riferimento al *setting* assistenziale e ai professionisti coinvolti.

Pertanto, se l'appropriatezza professionale è condizionata dalle evidenze disponibili sull'efficacia/sicurezza degli interventi sanitari, l'appropriatezza organizzativa è condizionata da differenti variabili, quali le risorse economiche disponibili e il *modus operandi* in essere. In questo ambito, si scontra quindi con fattori che condizionano la robustezza dell'appropriatezza quale indicatore di qualità assistenziale, come ad esempio la percezione dei professionisti, non raramente distorta da varie tipologie di conflitti d'interesse e il consumismo sanitario che influenza la domanda di prestazioni da parte degli utenti.

Il concetto di appropriatezza, anche se spesso viene associato esclusivamente a quello di qualità professionale, rappresenta una delle modalità per fronteggiare la cronica carenza di risorse, attraverso una loro ottimizzazione. Di conseguenza, professionisti e decisori mantengono una "visione strabica" dell'appropriatezza: riconoscono prevalentemente le inapproprietezze in eccesso (sia professionali, sia organizzative), la cui riduzione può incidere in maniera consistente sul bilancio economico. In realtà, esistono una serie di interventi, servizi e prestazioni sanitarie di provata efficacia su cui non è corretto intervenire attraverso tagli o riduzioni, bensì attraverso una più corretta erogazione.

Pertanto, l'introduzione dei codici proposti comporterebbe alcuni cambiamenti significativi in riferimento all'appropriatezza, così come illustrato dalla figura seguente.

Figura 2 – Appropriatezza professionale e organizzativa



Fonte: rielaborazione da Cartabellotta (2009)

Per quanto riguarda il *setting*, si fa ancora una volta riferimento alla capillarità offerta dalla distribuzione sul territorio da parte dei punti di offerta degli ottici optometristi, nonché il continuo aggiornamento a livello tecnologico (garantito, ad esempio, attraverso l'accreditamento alle ASL di competenza).

Dal punto di vista del *professional*, i professionisti oculisti, riconoscendo che numerosi interventi sanitari così come attualmente erogati sono inappropriati, potrebbero dedicarsi alla diagnosi e cura

delle patologie dell'occhio, delegando le prestazioni di natura puramente tecnica (ad esempio, la refrazione con eventuale determinazione e certificazione di lenti correttive, gli esami visivi complementari per l'efficienza alla guida, ecc.) agli ottici optometristi, vedendo quindi maggiormente valorizzata la loro qualità professionale. **Con conseguenze positive di non secondaria importanza sull'assottigliamento delle liste d'attesa.**

7.3 Costi minori

Nonostante l'evoluzione sociale e demografica, che ha fatto registrare un progressivo aumento e un invecchiamento della popolazione, negli ultimi anni il Sistema Sanitario lombardo si è evoluto, riducendo negli ultimi 15 anni i ricoveri del 26% e il numero di soggetti trattati, che dai 1.294.000 pazienti del 1997 sono scesi a 958.000 nel 2012 (Commissione Sviluppo Sanità, 2014).

A fronte di questa diminuzione, l'evoluzione negli anni dell'offerta di servizi è stata accompagnata da un progressivo spostamento della spesa sanitaria verso il territorio, tale per cui nel 2012 la spesa per l'assistenza ospedaliera si è attestata sul 40,4% circa, contro il 54,8% registrato dall'assistenza territoriale.

È quindi fondamentale sviluppare e implementare modelli e strumenti che consentano di spostare l'asse di cura verso il territorio, secondo modalità che siano efficaci dal punto di vista clinico e socio assistenziale, e non meno importante, sostenibili dal punto di vista economico.

Una delle criticità maggiori del sistema sanitario, che ha dovuto e dovrà fronteggiare una forte diminuzione di risorse a fronte di invarianza dei servizi ai cittadini, è rappresentata dal costo del personale, che in questi ultimi anni è stato oggetto di numerosi tagli orizzontali e del blocco del *turnover* (FIASO, 2013), aggravato, inoltre, da un blocco delle disoccupazioni che sta comportando un graduale svuotamento delle risorse disponibili all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

In quest'ottica si inserisce proposta di rivalutazione delle prestazioni degli ottici optometristi rimborsabili dal Sistema Sanitario Regionale, i quali possono partecipare a rendere la spesa pubblica meno gravosa; infatti, da quanto presentato nell'analisi di processo succitata, emerge che, nell'ambito di una visita oculistica completa, le risorse umane assorbono più del 90% dei costi totale della prestazione. Da evidenziare, però, la differenza dal punto di vista economico, che si attesta intorno al +58%: infatti, se il costo relativo all'ottico optometrista risulta essere pari allo 0,48 € al minuto, quello relativo ad un medico oculista specialista è, invece, pari allo 0,76 € al minuto.

Dispensare gli oculisti da una serie di attività di natura più prettamente tecnica, e quindi assolvibili in maniera altrettanto efficiente e forse più appropriata da parte degli ottici optometristi, non solo metterebbe a disposizione di queste eccellenze mediche specialistiche più tempo da dedicare alla diagnosi e cura di patologie, ma avrebbe un riflesso positivo sull'economia del sistema in quanto, a parità di prestazione, la stessa presenta un costo decisamente inferiore se erogata dall'ottico optometrista presso il proprio centro ottico, piuttosto che dal medico oculista in sede ambulatoriale.

7.4 Riduzione liste d'attesa

Le problematiche relative ai lunghi tempi d'attesa sono sempre più cogenti e, come abbiamo già avuto modo di dimostrare, l'ambito oculistico è tra quelli più penalizzanti per l'utenza. Solo per citare quanto recentemente riportato da un noto quotidiano a tiratura nazionale (Corica A., 2014), per una visita oculistica un paziente può arrivare ad attendere 252 giorni al Fatebenefratelli.

L'assessorato alla Salute della Regione Lombardia è quindi alle prese con un nuovo progetto sugli ambulatori finalizzato alla riduzione dei tempi d'attesa. Il mezzo individuato per raggiungere l'ambito obiettivo prevede un aumento di visite ed esami, possibile chiedendo ad Asl e ospedali di erogare un maggior numero di prestazioni, soprattutto in orario serale e nel fine settimana.

L'operazione, denominata "Ambulatori aperti", ha già fatto registrare dei risultati positivi, senza non poche conseguenze per il sistema dal punto di vista economico e di disponibilità di risorse. Esito forse ovvio ma non banale di una dilatazione nell'orario di erogazione delle prestazioni, è infatti la necessità di reperire un numero maggiore di risorse, umane e di conseguenza economiche.

Se da un lato l'aumento delle prestazioni offerte rappresenta un progetto gravoso dal punto di vista economico e organizzativo, dall'altro una rivalutazione delle prestazioni degli ottici optometristi rimborsabili dal Sistema Sanitario Regionale, costituirebbe un intervento isorisorse, in cui l'abbattimento delle liste d'attesa sarebbe la conseguenza di un'assegnazione più appropriata dei pazienti verso lo specialista di competenza.

Potersi rivolgere al centro ottico di un ottico optometrista convenzionato per l'esame della vista con eventuale determinazione e certificazione di lenti (in assenza di patologie) o per effettuare i *test* visivi complementari per l'efficienza alla guida, solo per citare due esempi, snellirebbe in maniera considerevole l'elenco delle persone in attesa di visita oculistica presso lo specialista medico, dando quindi priorità solo a chi ne ha un reale bisogno, per diagnosi o cura di patologia. Inutile ricordare quanto sia importante la diagnosi precoce per determinate patologie oculari, prima di tutto dal punto di vista del paziente, ma anche del sistema Sanità nel suo complesso.

CONCLUSIONI

Da quanto esposto nel presente elaborato emerge come la professione dell'ottico optometrista stia acquisendo, con il tempo, sempre più rilevanza sotto diversi aspetti. Infatti, la figura dell'ottico optometrista può apportare numerosi vantaggi sia in termini di riduzione dei tempi di attesa di una prestazione oftalmica sia in termini di contenimento di costi economici, che rappresentano due tra le maggiori criticità con cui si deve confrontare la Regione.

Diventa importante sviluppare e implementare modelli e strumenti che consentano lo spostamento dell'asse di cura verso il territorio in modo efficace dal punto di vista clinico e socioassistenziale ed economicamente sostenibile; in questo contesto si inserisce la necessità di un nuovo polo - diverso da quello ospedaliero - nei percorsi relativi alla cronicità, in cui il territorio possa riconoscersi. Pertanto, l'ottico optometrista potrà assumere un ruolo primario nella società in quanto opera quotidianamente accanto ai cittadini, offrendo loro delle prestazioni sociali e sanitarie fruibili sul territorio.

Occorre ricordare la Legge 69/2009, la quale presenta la necessità di un'assistenza diretta, personalizzata e appropriata al cittadino, che porti, nello stesso tempo, anche a una riduzione dei tempi di attesa. Diviene, quindi, importante il tema dell'accessibilità in quanto è necessario che le prestazioni e i servizi erogati dal Sistema Sanitario Nazionale siano accessibili, indistintamente, da parte di tutti i cittadini, attraverso la presenza capillare sul territorio. **In questo contesto rientra la figura dell'ottico optometrista, il quale è identificato dai cittadini come una figura capillarmente presente sul territorio, al pari delle farmacie.**

La fruizione di questa figura professionale riesce a portare anche una diminuzione dei costi per il sistema sanitario; infatti, come precedente analizzato attraverso la metodica dell'*Activity Based Costing*, a parità di prestazione, la stessa presenta un costo decisamente inferiore se erogata dall'ottico optometrista presso il suo centro, piuttosto che dal medico oculista in sede ambulatoriale. Inoltre bisogna considerare il fatto che l'esecuzione di esami di refrazione rappresenta, per gli specialisti, un costo sociale correlato ai costi sostenuti per la propria formazione (500 milioni di euro per specialista secondo uno studio SOI): i clinici presentano, infatti, una formazione di eccellenza legata all'indagine di una patologia più o meno grave, piuttosto che alla misurazione della vista, di cui gli ottici optometristi hanno un'ampia formazione tecnica. Pertanto, i clinici si occuperebbero di prestazioni molto più importanti che potrebbero evitare le cronicità e, conseguentemente, risparmiare sofferenze umane e denaro pubblico, migliorando il servizio. Infatti, è importante evitare che le eccellenze mediche siano impegnate in prestazioni di natura prettamente tecnica. Inoltre, come precedentemente accennato, l'accreditamento degli ottici optometristi porterebbe dei benefici anche in materia di tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, che si ridurrebbero in maniera considerevole, dando maggiore importanza quindi ai pazienti che hanno un reale bisogno del medico specialista per diagnosi o cura di patologie.

Inoltre, c'è da sottolineare il fatto che la miopia e la presbiopia rappresentano i due difetti visivi che maggiormente colpiscono il nostro paese; questo porta ad un grave problema socio sanitario nonostante tali *deficit* visivi possano essere facilmente misurabili e compensabili attraverso la determinazione e certificazione di lenti correttive.

Si ritiene rilevante l'indagine condotta dalla Commissione Difesa Vista in merito al controllo e alla correzione della vista. Nell'anno 2008, è stato intervistato un campione di 4.410 individui, rappresentativi della popolazione italiana di età superiore ai 14 anni. È stato, inoltre, somministrato un questionario a 616 genitori; i risultati dell'indagine mostrano che solo il 37% dei bambini in età prescolare sono controllati da uno specialista. Ciò dimostra un forte bisogno di *screening*.

Si rileva che il 15% della popolazione non si è mai sottoposto ad una visita oculistica; si rilevano in particolare delle percentuali maggiori tra i giovanissimi. Questo dato conferma, pertanto, la scarsa consapevolezza che questa categoria di individui ha nei confronti della prevenzione.

Inoltre dallo studio in oggetto si evince che, con l'avanzare dell'età, gli individui si rivolgono sempre più spesso all'ottico optometrista per effettuare una visita o un controllo visivo; questo trova, probabilmente, una giustificazione nell'insorgenza fisiologica del difetto visivo della presbiopia.

Dunque la società civile ha già ben individuato i referenti professionali per i propri problemi visivi.

Dalla presente indagine emerge anche un importante dato sociologico; infatti, nonostante la figura dell'ottico optometrista sia stata tenuta marginale dalle istituzioni, si è autonomamente affermata ed è penetrata nel tessuto sociale, fornendo degli ausili visivi sia su prescrizioni degli oftalmologi sia su loro determinazione.

Tabella 19 – Numero di prestazioni erogate esclusivamente dagli ottici optometristi (anno 2008)

Categoria del campione	Numerosità campione	Nella vita		Negli ultimi 2 anni	
		N.	%	N.	%
Bambini 1-5 anni	238	25	10,50%	15	6,30%
Bambini 6-13 anni	378	84	22,20%	51	13,50%
Individui maggiori di 14 anni	4.410	2.258	51,20%	1.072	24,30%
Totale	5026	2.367		1.138	

Fonte: rielaborazione CREMS da CDV (2008)

La tabella mostra che, su un campione di 5.026 soggetti, gli ottici optometristi hanno erogato, nel corso del biennio 2007-2008, un totale di 1.138 prestazioni. Quali conseguenze si sarebbero verificate sul Sistema Sanitario Nazionale se, invece di rivolgersi a questa figura professionale a proprie spese, i soggetti in oggetto si fossero rivolti al settore pubblico per soddisfare i propri bisogni sanitari? Non è difficile ipotizzare che si sarebbe verificato un ulteriore incremento dei tempi di attesa, elemento già di forte criticità dei moderni sistemi sanitari.

Molto importante è segnalare un articolo di recente pubblicazione (Salvagni, 2014), nel quale viene evidenziato il *trend* della miopia, decisamente in aumento, imputabile allo stile di vita "artificiale" di questi ultimi anni (ovvero che si svolge sempre più al chiuso e quindi meno alla luce naturale) che è caratterizzata da un elevato numero di ore trascorse sui libri e da un maggiore utilizzo di televisioni e computer.

Entro il 2019, si stima che l'84% di tutte le disabilità visive sarà a carico delle persone di età superiore ai 50 anni. L'ampliamento di servizi ottici/oculistici completi e integrati che rispondano alle principali cause di disabilità visiva, accompagnato da un miglioramento generale della salute che ci si può aspettare dall'attuazione di iniziative di sviluppo più ampie, ci indicano che l'obiettivo, seppur ambizioso, è realizzabile. Infatti, l'ottico optometrista ha come campo di applicazione il trattamento dei difetti visivi per il miglioramento delle funzionalità visive mediante l'utilizzo di tecniche non mediche, che escludono l'uso di farmaci e di interventi chirurgici.

BIBLIOGRAFIA

Brimson J.A., *Contabilità per attività. Il nuovo approccio alla contabilità industriale*, Milano: Franco Angeli (1992).

Bruce I.W., McKennell A.C., Walker E.C., *Blind and partially sighted adults in Britain: the RNIB survey*. Vol. 1. London: HMSO, 1991

Buch H., Vinding T., La Cour M. et al., *The prevalence and causes of bilateral and unilateral blindness in an elderly urban Danish population: the Copenhagen City Eye Study*. *Acta Ophthalmol Scand* 2001; 79 (5): 441-9

Cartabellotta A., *Appropriatezza: istruzioni per l'uso. Guida al più ambito indicatore di qualità assistenziale (I)*, GIMBE News 2009;1:4-5

CDV Commissione Difesa della Vista (a cura di Farneti S.), *Prevenzione, controllo e correzione della vista*, Customized REsearch & Analysis, 2008

CDV Commissione Difesa della Vista, *MIDO: le visite oculistiche prescolari*, Rapporto n. 181/2004, Istituto Piepoli S.p.A., gennaio 2005.

CENSIS, *Quarantasettesimo Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, Franco Angeli Editore, 2013

Chellappa SL, Steiner R, Blattner P, Oelhafen P, Götz T, Cajochen C., *Non Visual Effects of Light on Melatonin, Alertness and Cognitive Performance: Can Blue-Enriched Light Keep Us Alert?* *PLoS ONE* 6(1): e 16429, 2011

Cinquini L., Miolo Vitali P., Pitzalis A., Campanale C., *Il costo dell'intervento chirurgico in laparoscopia con l'Activity Based Costing, Priorità ed equità nelle scelte di politica sanitaria*, AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria): 12° Convegno Annuale, pp. 2-3-4 (2002).

CittadinanzAttiva - Tribunale per i diritti del malato, *Meno sanità per tutti. La riforma strisciante*. XVI Rapporto PiT Salute, luglio 2013. Disponibile al link: <http://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/politiche-sanitarie/5234-presentazione-xvi-rapporto-pit-salute-2013.html>

Commissione Sviluppo Sanità di Regione Lombardia, *Proposte di sviluppo del Servizio Sanitario e Sociosanitario lombardo. L'assistenza territoriale*. Milano 30 giugno 2014

Corica A., *Sanità lombarda, 252 giorni di attesa per una visita: "Apriamo anche di sera gli ambulatori"*, La Repubblica, 23 luglio 2014

Cruickshanks KJ., Klein R., Klein BE., et al., *Sunlight and the 5-years incidence of early age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study*. *Arch Ophthalmol*. 2001;119: 246-50

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza"

Drucker P., *Il futuro è già qui*, Milano: Etas Libri (1999).

Drucker P., *The Information Executives Truly Need*, *Harvard Business review*, 54-64 (1995).

Federottica, *Renzo Zannardi e gli interventi nella scuola degli ottici optometristi italiani*, Ottica Italiana, 29 giugno 2009.

Federottica, RIO Rivista Italiana di Optometria, Vol. 23 n.1, 2000.

Ferrario P., *Gli effetti della luce blu*. Professional Optometry, Maggio 2013, 40-41.

FIASO Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, *Indagine conoscitiva "La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità" La sanità italiana alla prova della crisi*, Documento per Audizione, 6 Novembre 2013, Roma. Disponibile online al link:

https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/000/610/FIASO.pdf

G.I.L.U., *Il rapporto tra lavoro e visione sotto il profilo medico preventivo: primi orientamenti per un corretto approccio ergooftalmologico*. Parte I e II, in Med. Lav. 1993; 84, 4 pp. 324-331.

Gordois A., Pezzullo L., Henry H., *The Global Economic Cost of Visual Impairment*, Report by Access Economics Pty Limited for AMD Alliance International, 16 marzo 2010.

Grasso P., *Una giornata per la vista*. Oftalmologia Sociale Rivista di Sanità Pubblica, n. 4/2013, pp. 9-10.

Il Sole 24 Ore, *Cecità: in Europa ne soffrono 2,3 milioni di persone*, 02 maggio 2014.

INAIL (a cura di Manfredi B.), *Il lavoro al videoterminale*, INAIL - Direzione Centrale Prevenzione, Milano 2010

ISTAT, *Tendenze demografiche e trasformazioni sociali nuove sfide per il sistema di welfare*. Capitolo 4 del *Rapporto annuale 2014. La situazione del Paese*. Roma, maggio 2014. Disponibile al link: <http://www.istat.it/it/files/2014/05/cap4.pdf>

Kahn HA., Leibowitz HM., Ganley JP., et al., *The Framingham Eye Study. I. Outline and major prevalence findings*. Am J Epidemiol 1977; 106:17-32.

Ke K.M., Montgomery A., Stevenson M., O'Neill C., Chakravarthy U. *Formal and informal care utilization amongst elderly persons with visual impairment*. British Journal of Ophthalmology, 91, 1279-1281 (2007).

Klaver C.C., Wolfs R.C., Vingerling J.R. et al., *Age-specific prevalence and causes of blindness and visual impairment in an older population: the Rotterdam Study*. Arch Ophthalmol 1998; 116 (5): 653-8

Klaver CC., Wolfs RC., Vingerling JR., et al., *Age-specific prevalence and causes of blindness and visual impairment in an older population: the Rotterdam Study*. Arch Ophthalmol 1998:116:653- 8.

Lafuma A., Brézin A., Lopatriello S., Hieke K., Hutchinson J., Mimaud V., Berdeaux G., *Evaluation of non-medical costs associated with visual impairment in four European countries: France, Italy, Germany and the UK*. Pharmacoeconomics. 2006;24(2):193-205.

Legge 18 giugno 2009, n. 69 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile"

Lund DJ., Marshall J., Mellerio j., et al., *A computerized approach to transmission and absorption characteristics of the human eye*, 2012.

Lynch B., *IPad research promising for children with cortical visual impairment*, KU News Service, Oct. 5, 2011. Disponibile al *link*: <http://archive.news.ku.edu/2011/october/5/ipad.shtml>

Maffioletti S., Pocaterra R., Tavazzi S., *L'importanza della corretta compensazione visiva per una guida sicura*, Università degli Studi di Milano Bicocca, Commissione Difesa Vista, Gennaio 2009.

Mironava T., Hadjiargyrou M., Simon M., Rafailovich M.H., *The Effects of UV Emission from CFL Exposure on Human Dermal Fibroblasts and Keratinocytes in Vitro*, 2012; 88 (6): 1497-1506.

Mosca G., *In Italia il 97% degli over 16 possiede un cellulare*, Il Sole 24 Ore, 25 Febbraio 2013

Ortolan D., Santacatterina S., Velati R., *I nuovi test visivi per la patente di guida*. Rivista Italiana di Optometria, 2013; 35 (3)

Pascolini, D., Mariotti, S.P.M., *Global estimates of visual impairment: 2010*. British Journal of Ophthalmology, 96(5), 614-618 (2012)

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

Porazzi E., Bonfanti M., *Activity based costing e analisi di processo*, Università Carlo Cattaneo, Castellanza, 2011.

Raffish N., Turney P., *Glossary of Activity-Based Management*, *Cost Management Journal*, 3(5): 53-63 (1991).

Resnikoff S., Pascolini D., Etya'ale D. et al., *Global data on visual impairment in the year 2002*. Bull World Health Organ 2004; 82 (11): 844-51

Robinson R., Deutch J., Jones H.S. et al., *Unrecognised and unregistered visual impairment*. Br J Ophthalmol 1994; 78: 736-40

Salvagni C., *La vista perduta dei ragazzi, boom miopia. Tablet e PC finiscono sotto accusa*. La Repubblica, 08 settembre 2014

Schmier J.K., Halpern M.T., Covert D.W., Delgado J., Sharma S. *Impact of visual impairment on service and device use by individuals with age-related macular degeneration (AMD)*. Disability and Rehabilitation, 28, 1331-1337 (2006).

Skaat A., et al., *Time Trends in the Incidence and Causes of Blindness in Israel*. Am J Ophthalmol. 2012; 153(2):214-221e1.

Smith W., Assink J., Klein R., et al., *Risk factors for age-related macular degeneration: pooled findings from three continents*. Ophthalmology 2001; 108:697-704.

The Vision Council, *DigitEYEd: The Daily Impact of Digital Screens on the eye health of Americans*, 2014. Disponibile al *link*: <http://www.thevisioncouncil.org/sites/default/files/TVCDigitEYEdReport2013.pdf>

Tomany SC., Cruickshanks KJ., Klein R., et al., *Sunlight and the 10-years incidence of early age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study*. Arch Ophthalmol.2004;122:750-7

UNFPA and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century*, October 2012

Vagnoni E., Potena G., *L'activity based costing in sanità: il caso dell'ossigeno-terapia, Mecosan*, 47: 149-161 (2003).

WHO World Health Organization, *Draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment 2014–2019. Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019*, Report by the Secretariat, 28 March 2013. Disponibile al link: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>

WHO World Health Organization, *Visual impairment and blindness*. Fact Sheet N°282, October 2013. Disponibile al link: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.

Wormald R., Evans J. *Registration of blind and partially sighted people*. Br J Ophthalmol 1994; 78: 733-4

Zhang X, Saaddine JB, Chou CF, Cotch MF, Cheng YJ, Geiss LS, Gregg EW, Albright AL, Klein BE, Klein R. *Prevalence of diabetic retinopathy in the United States, 2005-2008*. JAMA. 2010 Aug 11;304(6):649-56.