



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE  
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE  
II° CONGRESSO NAZIONALE  
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE  
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE  
DIPARTIMENTO OFTALMOLOGIA**

Gli organi di senso quali l'occhio e l'orecchio sono il vero e proprio punto di contatto fra l'organismo e l'ambiente. Oltre il 90% delle informazioni arriva all'encefalo tramite uno di questi canali.

Per cataratta si intende l'opacizzazione del cristallino, che provoca l'annebbiamento progressivo della vista.

Dopo l'intervento chirurgico le probabilità di ottenere un miglioramento della vista sono eccellenti (superiori al 97%).

La degenerazione maculare è una delle cause principali della perdita della vista tra le persone anziane oltre i 65 anni di età. Nel mondo occidentale rappresenta una delle cause più frequenti di cecità legale: circa il 20% della popolazione ne è colpita, con prevalenza per il sesso femminile.

Nei soggetti colpiti il rischio di ammalarsi al secondo occhio è del 5-15%. La forma più diffusa è la degenerazione maculare atrofica o secca e riguarda il 90% di tutte le maculopatie.

La miopia è quel difetto della vista che determina una difficoltà nella visione per lontano lasciando una buona visione da vicino. La più alta percentuale del difetto si ha tra gli orientali ed in particolare tra i cinesi (dal 50 al 70%) ed i giapponesi (30%); negli Stati Uniti ed in Europa la miopia colpisce il 15-25% della popolazione. In Italia interessa il 20-25% dei soggetti e tra questi più dell'80% presenta un difetto compreso tra 1 e 6 diottrie.

Per quanto riguarda i posti letti pubblici ne sono stati destinati 1441 per la degenza ordinaria, 640 per il day hospital e 827 per il *day surgery*. Per i posti letto accreditati ne sono stati destinati 749 per la degenza ordinaria, 86 per il *day hospital* e 231 per il *day surgery*.

L'attività clinica, di diagnostica per immagini e diagnostica strumentale in oculistica relativa alle strutture sanitarie sia pubbliche che private accreditate nell'anno 2010 è stata la seguente:

per il Piemonte sono state erogate 902.266 prestazioni, per la Valle d'Aosta 16.439, Lombardia 2.102.803, Bolzano 137.439, Trento 94.384, Friuli 243.866, Liguria 276.207, Emilia Romagna 857.534, Toscana 855.693, Umbria 206.898, Marche 310.186, Lazio 1244.938, Abruzzo 243.350, Molise 86.746, Campania 682.589, Puglia 540.518, Basilicata 59.145, Calabria 239.347, Sicilia 832.319, Sardegna 289.924.

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Oculistica" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'*outcome* sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

## **SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO**

- Cataratta
- Maculopatia
- Disturbi della vista
- Accesso ai farmaci e sostenibilità

## PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

### Criticità evidenziate

#### **Consapevolezza e diagnosi**

- **Limitata consapevolezza** e conoscenza della patologia e della sua rapida insorgenza da parte del paziente e dei suoi cari; questo aspetto è particolarmente critico in quanto la patologia procede rapidamente. Ne consegue che i pazienti rispetto all'emergere dei primi sintomi sono spesso trattati tardivamente;
- **Tempi di diagnosi elevati:** una delle principali cause dei tempi di diagnosi lunghi è l'elevato numero di passaggi che il paziente deve fare per poter arrivare ad un centro della retina per la diagnosi finale e la terapia. Frequentemente infatti il medico di medicina generale indirizza il malato da un oculista, e non da un retinologo, con un allungamento dei tempi di diagnosi. Il percorso non è sempre lo stesso e prevede passaggi dal medico di medicina generale e oculista di territorio;
- Non esiste un percorso preferenziale per la diagnosi della Degenerazione maculare legata all'età (DMLE) per velocizzarne i tempi e quindi l'accesso alla terapia; l'iter del paziente è infatti lo stesso rispetto a patologie meno urgenti;

#### **Strutture ed utilizzo della sala operatoria**

- I Centri della Retina sono strutture non sempre organizzate per gestire questo tipo di terapia, soprattutto per quel che riguarda il trattamento e la pianificazione e gestione della fase di follow-up;
- Si utilizza una sala operatoria per la somministrazione, sebbene non strettamente richiesto dalla normativa vigente. La necessità di effettuare il trattamento in sala operatoria rappresenta un vincolo di flessibilità, per la necessità di prenotare la sala operatoria, e di capacità produttiva per gli interventi.

#### **Accesso alle terapie innovative**

- Farmaci di recente introduzione sono somministrati per via intravitreale, in ambiente chirurgico con semplice esecuzione;
- Gli attuali budget per le terapie intraoculari risultano, specialmente in alcune Regioni ed ASL, inadeguati per garantire l'accesso alle terapie innovative;

## **Il percorso terapeutico per il paziente e il *caregiver***

- L'attuale organizzazione del trattamento implica un'inutile perdita di tempo per paziente e struttura in quanto visita ed esami non sono nello stesso giorno del trattamento;
- I famigliari sono sempre estremamente coinvolti nella gestione del familiare malato. Le principali criticità sono la gestione degli spostamenti casa ospedale e viceversa e l'organizzazione per le visite. Numerose sono infatti le visite necessarie per la diagnosi e per il trattamento; le visite sono molto ravvicinate tra loro;
- I figli dei malati sono tipicamente molto coinvolti nel seguire ed assistere i propri genitori malati; lunghe sono le attese nelle giornate di visita per pazienti e famigliari;
- I costi di assistenza in caso di cecità sono estremamente elevati: sia perché la patologia è invalidante sia perché alla diagnosi il paziente ha un'elevata aspettativa di vita (più di altre importanti e gravi patologie). Gli elevati costi impattano sui bilanci della famiglia per far fronte all'assistenza.

### Proposte di intervento

Per migliorare la complessiva gestione del paziente, e garantire un adeguato supporto anche ai *caregiver*, sono individuati i seguenti principali ambiti di intervento:

#### **Consapevolezza**

- Sviluppare consapevolezza negli anziani e nei loro cari sulla patologia e le opportunità terapeutiche in grado di salvare la vista; fare in modo che siano effettivamente chiesti gli idonei trattamenti per tempo;
- Attivare programmi di sensibilizzazione verso medici di medicina generale, gli anziani ed i loro cari anche con il supporto delle nuove tecnologie (app su smartphone o tablet).

#### **Diagnosi**

- Lo screening potrebbe essere effettuato dagli oculisti territoriali. Così si garantirebbe una diagnosi precoce;
- Iniziativa Ministeriale Pubblicità Progresso a supporto della consapevolezza e prevenzione della Degenerazione Maculare Legata all'Età (DMLE).

#### **Terapia**

- Diagnosi e terapia, quindi iniezione intraoculare, concentrate nella stessa giornata per evitare al paziente di affrontare inutili spostamenti e per ridurre il tempo di attesa per l'effettivo inizio della terapia: si potrebbe fare verifica mensile con esami relativi e se necessario intervenire con trattamento;

- Intervento in sala chirurgica e non necessariamente in sala operatoria per avere maggiore capacità produttiva. L'idea è di utilizzare ambienti ambulatoriali attrezzati in modo idoneo per effettuare l'iniezione; si garantirebbe la corretta tempistica tra le iniezioni, e l'eliminazione delle liste di attesa.

### **Gestione complessiva del paziente;**

- Predisporre un piano per **Prevenzione, Diagnosi, Terapia e Assistenza;** che permetta di dare un percorso certo alle fasi diagnosi e follow up, dando priorità ai pazienti in fase di diagnosi per poter intervenire con l'eventuale terapia tempestivamente;
- Più in generale l'organizzazione complessiva del SSN necessita di riconfigurarsi per far fronte ad una patologia per la quale esistono, da pochi anni, nuove risposte terapeutiche. Gli attuali modelli non sono in grado di dare una efficace risposta alle attuali sfide ed opportunità.

## **LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE**

### **DIPARTIMENTO OFTALMOLOGIA**

Gli attuali modelli organizzativi non sono in grado di dare una efficace risposta alle attuali sfide ed opportunità in campo oftalmologico. Va rivalutata l'importanza della vista sviluppando una maggiore consapevolezza delle patologie oculari causa di ipovisione e cecità e della loro prevenzione. L'organizzazione complessiva del SSN necessita di riconfigurarsi per far fronte ad un settore, quello oftalmologico, che si è radicalmente trasformato grazie alla recente introduzione di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche.

### **SITUAZIONE GENERALE**

#### **Criticità**

- Lunghe liste di attesa per effettuare la prima visita oculistica, con rischio di intervento tardivo e conseguente perdita della capacità visiva;
- Il nomenclatore tariffario e il tariffario nazionale sono incompleti e non aggiornati;
- I finanziamenti finalizzati non arrivano direttamente, o non arrivano del tutto, ai centri di riferimento competenti per le varie patologie;
- Manca la consapevolezza e conoscenza delle principali patologie oculari e della maculopatia in particolare da parte dei pazienti;
- Esiste una carenza informativa e formativa dei MMG e degli oculisti territoriali considerando che l'oftalmologia si è radicalmente innovata negli ultimi anni;
- Un elevato numero di accessi impropri al pronto soccorso;

## Soluzioni

- Aumento degli organici nelle strutture ospedaliere e territoriali tramite lo sblocco del turn-over;
- Integrazione tra i diversi attori del sistema per velocizzare i tempi di diagnosi e follow-up e per una ottimale gestione delle risorse anche evitando inutili analisi ed esami, mettendo in rete medici di famiglia, ospedali e specialisti ambulatoriali anche mediante l'adozione della cartella clinica informatizzata;
- Tariffario Nazionale: da aggiornare anche introducendo i nuovi esami diagnostici (ad es. OCT, microperimetria etc.) e nuovi ausili informatici in particolare per glaucoma e ipovisione;
- Gestione diretta dei finanziamenti stanziati dal ministero alle regioni da parte dei centri di riferimento competenti;
- Organizzazione di corsi di formazione e aggiornamento per medici di medicina generale e oculisti territoriali anche con l'ausilio delle nuove tecnologie (app su *smartphone* o *tablet*) e collaborazione per le patologie di facile gestione (esempio emorragie sottocongiuntivali);
- Effettuare campagne di sensibilizzazione, anche presso centri anziani su base territoriale, per maculopatie e altre patologie per spiegare come si manifestano i primi sintomi e sul ruolo del pronto soccorso oculistico.
- Creazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le varie patologie che permettano di dare un percorso certo alle fasi diagnosi e *follow-up*.

## AREE DI INTERVENTO

### IPOVISIONE

#### Criticità

- Ipovisione e riabilitazione visiva sono esclusi dai LEA

#### Soluzioni

- Inserimento di ipovisione e riabilitazione nei LEA
- Aggiornamento del nomenclatore tariffario delle protesi e ausili (quello in vigore risale al 1999)

## DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ

#### Criticità

- Diagnosi tardiva con conseguenze decadimento, anche irreversibile, della capacità visiva anche per la limitata la consapevolezza nei pazienti della patologia e delle sue caratteristiche
- Le terapie sono di difficile reperibilità, con differenze su base regionale e quindi mancanza di uniformità nella gestione terapeutica dei pazienti

## Soluzioni

- Attivare una diagnosi precoce per poter anticipare il trattamento e quindi garantire il mantenimento della vista, e effettuare le visite di controllo (follow-up) con la corretta tempistica ed eventualmente intervenire tempestivamente con nuova applicazione
- Diagnosi e terapia, iniezione intraoculare, concentrate nella stessa giornata per evitare al paziente di affrontare inutili spostamenti e per ridurre il tempo di attesa per l'effettivo inizio della terapia: si potrebbe fare verifica mensile con esami relativi e se necessario intervenire con trattamento;
- Intervento in "ambulatori chirurgici dedicati" e non necessariamente in sala operatoria per avere maggiore capacità produttiva e flessibilità; si garantirebbe la corretta tempistica tra le iniezioni, e l'eliminazione delle liste di attesa
- Realizzare iniziative Ministeriali (Pubblicità Progresso) a supporto della consapevolezza e prevenzione della Degenerazione maculare legata all'età (DMLE)

## CATARATTA

### Criticità

- Lunghe liste d'attesa
- Il passaggio dalla chirurgia in *day surgery* a quella ambulatoriale è ancora parziale, con spreco di risorse

### Soluzioni

- Per gli interventi di cataratta valutare l'abolizione esami di laboratorio sistemici pre-operatori. Visita anestesiologicala solo se ritenuta necessaria. Presenza non continuativa dell'anestesista in sala operatoria oculistica, ma garantita nel blocco operatorio
- Quando il MMG manda il paziente all'oculista deve anche mandare una scheda con le patologie dalle quali è affetto e quali farmaci sta assumendo e segnalazione di eventuali allergie
- Effettuare interventi di cataratta in regime ambulatoriale in un "ambulatorio protetto" e l'utilizzo di tecnica chirurgica all'avanguardia
- Escludere dai LEA cataratte con buona funzionalità visiva, utilizzando come criterio ad esempio l'idoneità alla guida

## **RETINOPATIA DIABETICA**

### **Criticità**

- Mancanza di una rete tra gli specialisti che gestiscono il paziente
- Mancanza di programmi di screening
- Esami diagnostici fondamentali sono a carico del paziente, con differenze su base regionale

### **Soluzioni**

- Creazione di una rete tra operatori per presa in carico e gestione dei pazienti
- Telemedicina con condivisione immagini tra diabetologi e centri specializzati in oftalmologia

## **GLAUCOMA**

### **Criticità**

- Scarsa prevenzione e diagnosi tardiva
- Costo elevatissimo per la gestione del paziente
- Tariffario Nazionale obsoleto

### **Soluzioni**

- Diagnosi e terapia precoce
- Modificare "tonografia e test di provocazione" del glaucoma, mettendo tonometria ad applanazione, pachimetria corneale, perimetria computerizzata con valutazione statistica dei tracciati
- Revisione dei criteri di esenzione.