

Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) su Appropriatezza clinica per l'accesso alla visita oculistica

AIMO ETS – Associazione Italiana Medici Oculisti ETS

AIORAO - Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in Oftalmologia

FAND - Associazione Italiana Diabetici ODV

SID - Società italiana Diabetologia

SIE - Società Italiana Endocrinologia

SIMG - Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie

SIP - Società Italiana Pediatria

SISMEC - Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica

INDICE

Abstract	pag.3
Composizione del gruppo di sviluppo	pag. 3
Elenco Raccomandazioni di BPCA	pag. 5
Contesto e obiettivi	pag.6
Appropriatezza clinica per l'accesso alle visite oculistiche nella popolazione adulta	pag.11
Indicazioni per un modello di "appropriatezza clinica" in Italia e metodologia adottata	pag.13
Riferimenti bibliografici	pag.14
Appropriatezza per l'accesso alle visite oculistiche per neonati e bambini	pag.15
Indicazioni per un modello di "appropriatezza clinica" in età pediatrica in Italia e metodologia adottata	pag.19
Riferimenti bibliografici	pag.20
Conclusioni e raccomandazioni operative	pag.21
All. 1 Dichiarazione di conformità delle raccomandazioni	pag 22
All.2 Relazione revisori	pag 23

ABSTRACT

Sulla base delle informazioni disponibili, della letteratura scientifica e delle linee guida internazionali, sono state elaborate delle raccomandazioni relative alla frequenza delle prime visite oculistiche nelle diverse fasce di età, in età adulta e in età pediatrica, attraverso un processo strutturato di consenso basato su due round di Delphi modificato con scala Likert a 9 punti su tre quesiti concordati dal comitato Tecnico scientifico. Il panel di esperti ha raggiunto un accordo finale con una soglia di consenso pari al 75%, garantendo così un elevato livello di condivisione e appropriatezza delle indicazioni proposte.

Numero di Raccomandazioni elaborate: 2

COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI SVILUPPO

Comitato tecnico scientifico

Rino Agostiniani Presidente SIP - Direttore dell'Area Pediatria e Neonatologia dell'Azienda Usl Toscana Centro Direttore della Struttura Complessa di Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale San Jacopo di Pistoia

Alessandra Balestrazzi Presidente AIMO ETS - Dirigente Medico oculista ASL ROMA 2

Vito Celano Medico di medicina generale Polifunzionale (CPF) di Montescaglioso

Dilva Drago Ortottista - Vicenza, Direttore responsabile del Giornale Italiano di Ortottica

Rosaria Gesuita Professoressa Ordinaria Statistica Medica, Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica medica - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Politecnica delle Marche, referente della Società Italiana di Statistica Medica e Epidemiologia Clinica

Francesca Gasparini Medico di medicina generale Brescia

Stefano Garau Vicepresidente FAND

Speranza Iossa Medico Oculista Responsabile interdisciplinare ASL RM 3

Danilo Mazzacane Specialista Ambulatoriale Segretario GOAL - Referente AIMO Lombardia

Caterina Mian Professore Ordinario di Endocrinologia - Direttore UOC di Endocrinologia - Università di Padova

Fabiana Picconi Medico Responsabile UOS di Endocrinologia, Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola, Roma

Erica Scarica Presidente Nazionale AIOraO, ASST Spedali Civili di Brescia

Giovann Battista Sbordone Medico Oculista Direttore UOC Oculistica USL Umbria 1

Antonella Zambon Professoressa Ordinaria Statistica Medica, Dipartimento di Statistica e metodi quantitativi, Università degli studi di Milano-Bicocca, referente della Società Italiana di Statistica Medica e Epidemiologia Clinica

Panel di esperti:

Maria Elisa Alessi Medico di Medicina Generale – Brescia - Vicesegretaria SIMG Lombardia

Appropriatezza clinica per l'accesso alla visita oculistica

Enrico Bertelli Dirigente Medico - Direttore struttura complessa di Oculistica Ospedale di Bolzano

Azienda sanitaria dell'Alto Adige Suedtirolo (*SABES-ASDAA*)

Luca Buzzonetti Dirigente Medico Resp UOC di Oculistica Ospedale Pediatrico IRCCS Bambino Gesù, Roma

Alessandro David Dirigente Medico Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico

Tatiana Federici Dirigente Medico - Ospedale Pediatrico IRCCS Bambino Gesù, Roma Pediatria dell'emergenza

Luigi Mele Specialista Ambulatoriale – U.O.C. Oculistica, Servizio Trapianti di Cornea A.O. Universitaria della Campania Luigi Vanvitelli

Marco Montes Ortottista libero professionista - Collaboratore a contratto con l'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Roberto Perilli Dirigente Medico Responsabile UOS Oculistica Territoriale - ASL Pescara

Maria Letizia Ruggieri Specialista Ambulatoria – Libero professionista

Vincenza Spallone Dirigente Medico Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Endocrinologia Università di Roma Tor Vergata Roma

Gruppo di Lavoro metodologico:

Alessandra Balestrazzi Presidente AIMO ETS - Dirigente Medico oculista ASL ROMA 2

Dilva Drago Ortottista - Vicenza, Direttore responsabile del Giornale Italiano di Ortottica

Rosaria Gesuita Professoressa Ordinaria Statistica Medica, Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica medica - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Politecnica delle Marche, referente della Società Italiana di Statistica Medica e Epidemiologia Clinica

Antonella Zambon Professoressa Ordinaria Statistica Medica, Dipartimento di Statistica e metodi quantitativi, Università degli studi di Milano-Bicocca, referente della Società Italiana di Statistica Medica e Epidemiologia Clinica

Revisori esterni:

Gianluca Martone: Direttore UOSD Oftalmologia, Colline dell'Albegna Usl SudEst Toscana

Luigi Mosca: Responsabile Servizio Cornea e Chirurgia Rifrattiva Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli-IRCCS

N°	RACCOMANDAZIONE	RAZIONALE SCIENTIFICO	CLASSE	LIVELLO
1	<p>Può essere considerato appropriato <i>effettuare una visita oculistica</i></p> <p><i>Tra i 18 e i 25 anni: ogni 2–3 anni, al fine di individuare precocemente eventuali anomalie corneali o l'insorgenza di difetti refrattivi tra i 25 e i 40 anni: ogni 4-5 anni; tra i 40 e i 65 anni: ogni 2–3 anni; dai 65 anni in poi: ogni 1–2 anni;</i></p> <p><i>Nei pazienti diabetici può essere considerata appropriata una prima visita dopo 5 anni dalla diagnosi nel diabete di tipo 1 e alla diagnosi e poi annualmente nel diabete di tipo 2, almeno per un controllo del fondo oculare.</i></p> <p><i>Per persone con fattori di rischio (es. diabete, ipertensione, familiarità per malattie oculari, razza/etnia con rischio aumentato di glaucoma), o con segni/sintomi, la frequenza va adattata alla condizione di rischio e caso per caso.</i></p> <p><i>(Livello di accordo percentuale: 80% di valutazioni nel range 6–9; Mediana: 7,5; Consenso: raggiunto)</i></p>	<p><i>Il rischio di sviluppare alcuni problemi oculari (cataratta, glaucoma) aumenta con l'età, richiedendo esami più frequenti (ad esempio, annualmente dopo i 65 anni).</i></p> <p><i>Gli intervalli raccomandati tra le visite complete variano in base all'età e ai fattori di rischio. Una valutazione oculistica approfondita può rilevare anomalie comuni del sistema visivo e delle strutture ad esso correlate, così come problemi meno comuni ma estremamente gravi.</i></p>	II	B
2	<p>Può essere considerato appropriato <i>effettuare una visita oculistica in età pediatrica e senza fattori di rischio dando per acquisito lo screening neonatale mediante esame del riflesso rosso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>entro i 3–4 anni di età, preferibilmente anticipata tra i 2 e i 3 anni quando possibile, fase cruciale per l'identificazione precoce dell'ambliopia. La valutazione ortottica dovrebbe essere eseguita quando indicato e considerata con particolare attenzione già in età prescolare.</i> • <i>ogni 2 anni tra i 5 e i 10 anni</i> • <i>ogni 2–3 anni tra i 10 e i 18 anni.</i> <p><i>Nei bambini con fattori di rischio (es. diabete, familiarità per malattie oculari) o in presenza di segni o sintomi oculari, la frequenza delle valutazioni deve essere adattata alla condizione di rischio e caso per caso. (Livello di accordo percentuale: 80% di valutazioni nel range 6–9; Mediana: 7,5; Consenso: raggiunto)</i></p>	<p><i>La diagnosi precoce delle malattie oculari curabili nell'infanzia può avere implicazioni di vasta portata per la vista.</i></p> <p><i>Una buona vista è essenziale per uno sviluppo fisico adeguato e per il progresso educativo nei bambini in crescita</i></p> <p><i>Se non trattata, l'ambliopia può causare una perdita visiva irreversibile</i></p>	II	B

Introduzione e razionale

L'appropriatezza clinica in oftalmologia permetterebbe di assicurare che le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e di screening oculistico siano erogate quando clinicamente necessario — cioè in base a evidenza, rischio del paziente, età, fattori di comorbidità — evitando inutili sprechi. Questo approccio tutelerebbe sia il paziente (evitando esami superflui) sia il sistema sanitario.

In Italia, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha fornito “Indirizzi metodologici per la stesura di RBPCA di appropriatezza clinica v.10 dicembre 2025” che hanno guidato il progetto di sviluppare raccomandazioni cliniche condivise per orientare l'appropriatezza d'accesso alle visite specialistiche.

Obiettivi generali delle RBPCA e benefici attesi

Lo scopo è quello di definire quando e in quali condizioni cliniche richiedere prestazioni oftalmologiche (prime visite oculistiche) nelle diverse fasce d'età e con differenti fattori di rischio al fine di orientare in modo appropriato l'accesso alla valutazione oftalmologica e promuovere una maggiore appropriatezza prescrittiva tra i medici coinvolti (oculisti, medicina generale, altri specialisti).

Lo sviluppo di Buona pratica per l'appropriatezza di accesso alle prestazioni potrebbe essere un'occasione importante per definire linee di indirizzo nazionali adattate al contesto italiano.

Le autorità sanitarie (es. Ministero della Salute) potrebbero adottare queste raccomandazioni come standard nazionale, integrandole nei percorsi di cura e nei codici di rimborso/appropriatezza.

Il medico oculista e gli altri specialisti dovrebbero ricevere formazione sull'appropriatezza clinica di accesso alle visite oculistiche, sull'uso corretto delle risorse, e sull'importanza della motivazione clinica nelle richieste di esami e follow-up.

In oftalmologia, l'appropriatezza clinica si riferisce all'abbinamento della giusta frequenza degli esami e dei trattamenti all'età del paziente, alla salute degli occhi e ai fattori di rischio. I fattori chiave includono l'età, i fattori di rischio (diabete, storia familiare) e i sintomi (offuscamento improvviso, lampi).

Va comunque sottolineata la necessità di cure personalizzate che non prevedono un approccio unico per tutti.

Popolazione a cui si applicano le RBPCA:

POPOLAZIONE ADULTA E IN ETA' PEDIATRICA

Gli utilizzatori target delle RBPCA sono Medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, professioni

Metodologia

Strategia di ricerca

È stata condotta una revisione della letteratura, con l'obiettivo di valutare l'appropriatezza dell'invio alla prima visita oculistica e l'utilizzo dei servizi oftalmologici.

La ricerca bibliografica è aggiornata al 31 marzo 2026 ed è stata effettuata nei database: PubMed, Scopus e Web of Science

includendo studi pubblicati nel periodo **2015–2025**, in lingua inglese o italiana.

Appropriatezza clinica per l'accesso alla visita oculistica

È stata utilizzata la seguente stringa di ricerca:

("Eye Examination"[Mesh] OR ophthalmology* OR "eye care" OR "ophthalmic services" OR "vision screening")

AND

("Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR guideline* OR "preferred practice pattern*" OR "clinical guideline*" OR "appropriateness criteria" OR "guideline adherence" OR appropriateness)

AND

(referral OR "primary referral" OR "first visit" OR "initial consultation" OR access OR "health services accessibility")

AND

(urgency OR priority OR triage OR timing OR "waiting time" OR screening)

La strategia è stata adattata per Scopus e Web of Science utilizzando termini liberi e i campi TITLE-ABS-KEY e TS.

È stata inoltre effettuata una ricerca manuale (hand-search) sui siti istituzionali di società scientifiche e organizzazioni internazionali, tra cui:

* American Academy of Ophthalmology

* U.S. Preventive Services Task Force

* World Health Organization

* American Academy of Pediatrics

* American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus

Le linee guida sono state considerate come fonti complementari e analizzate separatamente rispetto agli studi inclusi.

Criteri di inclusione ed esclusione

Inclusione

* Studi su accesso ai servizi oftalmologici

* Appropriatezza dell'invio o utilizzo delle risorse

* Studi osservazionali e revisioni sistematiche

* Setting di sanità pubblica o organizzazione dei servizi

Appropriatezza clinica per l'accesso alla visita oculistica

Esclusione

- * Studi esclusivamente clinici o terapeutici
- * Studi diagnostici senza implicazioni organizzative
- * Studi non pertinenti all'appropriatezza o accesso
- * Studi esclusivamente optometrici non integrati

Selezione degli studi (PRISMA)

Record identificati: n = 300

Dopo rimozione duplicati: n = 220

Screening titolo/abstract: n = 220

Esclusi: n = 170

Full-text valutati: n = 50

Esclusi full-text: **n = 34

Studi inclusi: n = 16

Studi inclusi (sintesi)

 Autore	 Anno	 Paese	 Tipo	 Focus	
Keel S	2017	Australia	Osservazionale	Appropriatezza accesso	
Tuulonen A	2019	Europa	Review	Organizzazione servizi	
Ho KC	2019	Internazionale	Revisione sistematica	Appropriatezza eye care	
NHS studies	2016–2023	UK	Osservazionali	Triage e priorità	

Ambiti principali

- * Inappropriate referral
- * Utilizzo risorse
- * Appropriatezza della priorità

Linee guida incluse (analisi qualitativa)

Sono state analizzate, tra le altre:

- * Preferred Practice Patterns della American Academy of Ophthalmology (es. Deborah Wallace et al., 2026)
- * Raccomandazioni della U.S. Preventive Services Task Force
- * Linee guida della World Health Organization
- * Raccomandazioni pediatriche American Academy of Pediatrics / American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus

La revisione ha evidenziato una limitata disponibilità di studi osservazionali e focalizzati sull'appropriatezza dell'invio alla prima visita oculistica. Tuttavia, i dati disponibili suggeriscono in modo coerente la presenza di una quota significativa di invii non appropriati, sia in eccesso che in difetto, con conseguenze rilevanti sull'efficienza dei servizi oftalmologici.

Gli studi inclusi mostrano come l'inappropriatezza possa manifestarsi in diverse forme: invii non necessari, ritardi nell'accesso per pazienti prioritari e assegnazione non corretta delle urgenze. In particolare, i modelli di triage analizzati nel contesto britannico evidenziano come sistemi strutturati possano migliorare l'allocatione delle risorse e ridurre i tempi di attesa.

La revisione sistematica di Ho KC et al. conferma una significativa variabilità nell'appropriatezza dell'erogazione delle cure oftalmologiche, suggerendo la necessità di criteri standardizzati per guidare l'invio e l'accesso ai servizi.

In questo contesto, le linee guida internazionali assumono un ruolo centrale nell'interpretazione dei risultati. Le *Preferred Practice Patterns* della American Academy of Ophthalmology forniscono indicazioni dettagliate sui criteri di invio, sulla periodicità delle visite e sulla stratificazione del rischio clinico, rappresentando uno standard di riferimento per la pratica clinica.

Le raccomandazioni della U.S. Preventive Services Task Force evidenziano una limitata evidenza a supporto dello screening visivo negli adulti asintomatici, sottolineando il rischio di sovra-utilizzo dei servizi in assenza di criteri selettivi.

In ambito pediatrico, le indicazioni della World Health Organization, della American Academy of Pediatrics e della American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus evidenziano invece l'importanza di programmi di screening strutturati, con criteri chiari per l'invio specialistico. Questo contrasto tra popolazione pediatrica e adulta mette in luce una maggiore standardizzazione nei percorsi pediatrici rispetto a quelli dell'adulto almeno in alcuni paesi e in determinati ambiti.

Un ulteriore elemento critico è rappresentato dalla trasferibilità dei risultati al contesto italiano. Molti studi sono infatti condotti in sistemi sanitari con modelli organizzativi differenti, in particolare per quanto riguarda il ruolo delle diverse figure professionali e i percorsi di accesso diretto allo specialista."

Appropriatezza clinica per l'accesso alla visita oculistica

Nel complesso, l'integrazione tra evidenze della letteratura e raccomandazioni internazionali suggerisce la necessità di sviluppare:

- criteri condivisi di appropriatezza dell'invio
- sistemi di triage standardizzati
- percorsi di accesso differenziati per livello di urgenza e per classe di rischio

La limitata evidenza osservazionale disponibile è compensata dal contributo delle linee guida internazionali, che forniscono criteri strutturati per orientare le decisioni cliniche e organizzative.

L'adozione di modelli integrati basati su evidenze scientifiche, linee guida e strumenti di triage potrebbe migliorare significativamente l'accesso ai servizi, riducendo sia il sovra-utilizzo che il sotto-utilizzo delle risorse.

Metodi utilizzati per formulare le raccomandazioni

Le raccomandazioni sono state formulate tramite Delphi modificato attraverso:

- a. Interazioni successive anonime tramite questionari strutturati.
- b. Analisi quantitative dei livelli di accordo (mediana, % voti 7–9).
- c. Revisione e riformulazione delle raccomandazioni fino al raggiungimento del consenso.

Revisione esterna

I revisori esterni hanno preso visione del documento RBPCA approvandolo senza modifiche.

In allegato è disponibile il commento redatto da uno dei revisori esterni

Applicabilità

Fattori facilitanti sono costituiti dalla diffusione delle raccomandazioni attraverso i canali istituzionali, social e congressuali delle società scientifiche coinvolte, ostacoli potrebbero essere rappresentati da carenze organizzative (di personale, strumenti e logistica) e dal necessario adeguamento dei sistemi di prenotazione

- Eventuali suggerimenti e/o strumenti per facilitare l'applicazione delle raccomandazioni:

Inserire i quesiti diagnostici nei sistemi di prenotazione anche attraverso sistemi di IA, estensione delle agende interne suddivise per patologie e prenotabili tramite indirizzi mail dedicati e sistemi informatici dedicati

- Indicatori per monitorare l'implementazione delle raccomandazioni:

Indice di appropriatezza nella prenotazione di visite oculistiche, aumento del numero di pazienti con patologie intercettate e delle diagnosi precoci

4. Aggiornamento delle RBPCA

Le RBPCA saranno aggiornate entro 3 anni con la valutazione e la ricerca sistematica di nuove evidenze scientifiche nazionali e/o internazionali

5. Indipendenza editoriale e altre dichiarazioni

Appropriatezza clinica per l'accesso alla visita oculistica

Le RBPCA sono state autoprodotte dalle società scientifiche coinvolte e non ci sono stati finanziamenti esterni

- Tutti i componenti del gruppo di sviluppo delle RBPCA hanno dichiarato eventuali conflitti di interesse:

Appropriatezza clinica per l'accesso alle visite oculistiche nella popolazione adulta

Fattori chiave che determinano l'appropriatezza

Età: Il rischio di sviluppare alcuni problemi oculari (cataratta, glaucoma) aumenta con l'età, richiedendo esami più frequenti (ad esempio, annualmente dopo i 65 anni).

Fattori di rischio: Diabete, ipertensione, storia familiare positiva per patologie oculari (glaucoma, degenerazione maculare) e uso di lenti a contatto richiedono un monitoraggio più attento, spesso annuale.

Sintomi: Qualsiasi cambiamento improvviso della vista (visione di luci o corpi mobili, offuscamento, dolore, visione doppia) richiede attenzione immediata, indipendentemente dall'età o dalla storia clinica.

Condizioni esistenti: I pazienti con glaucoma già diagnosticato, retinopatia diabetica o miopia a rapida progressione necessitano di controlli specifici e frequenti (ad esempio, ogni 6-12 mesi).

I pazienti possono sottoporsi a una valutazione medico oculistica completa per una varietà di motivi. Una valutazione è generalmente raccomandata per i pazienti che non sono stati visitati da un oculista per un lungo periodo di tempo o per coloro che non sono mai stati esaminati. Gli intervalli raccomandati tra le visite complete variano in base all'età e ai fattori di rischio. Una valutazione oculistica approfondita può rilevare anomalie comuni del sistema visivo e delle strutture ad esso correlate, così come problemi meno comuni ma estremamente gravi. Si possono anche scoprire evidenze di malattie sistemiche attraverso le loro manifestazioni oftalmologiche associate. Con un intervento appropriato e tempestivo, condizioni che compromettono la vista come la cataratta e malattie che possono potenzialmente portare alla cecità come il glaucoma, la degenerazione maculare legata all'età e la retinopatia diabetica spesso hanno esiti favorevoli o danni contenuti.

Molti pazienti non sono consapevoli di avere una condizione oculare pericolosa per la vista a causa della mancanza di sintomi precoci. Queste condizioni includono patologie comuni e spesso trattabili, come il glaucoma ad angolo aperto, stretto o chiuso, la retinopatia diabetica e alcune forme di degenerazione maculare.

Altri esempi di condizioni o malattie ad alto rischio che richiedono un esame del medico oculista comprendono una storia di traumi oculari o la presenza di anomalie del segmento anteriore, come ectasia corneale e distrofie corneali. Devono inoltre essere valutate condizioni che aumentano il rischio di glaucoma ad angolo aperto (ad esempio, sindrome da pseudoesfoliatio e sindrome da dispersione del pigmento) e glaucoma ad angolo chiuso (angolo della camera anteriore stretto). L'elevata miopia e le anomalie del segmento posteriore, come le lacerazioni retiniche o le degenerazioni retiniche (ad esempio, degenerazione a lattice o distacchi retinici subclinici asintomatici), aumentano il rischio di distacco della retina.

Importanti manifestazioni oftalmiche associate a malattie sistemiche infettive, neoplastiche, autoimmuni, vascolari e legate alla nutrizione possono essere scoperte durante la valutazione oculare completa. Alcune parti dell'esame oculistico completo possono identificare segni di malattie sistemiche o altre gravi condizioni mediche:

- ◆ Esame esterno: tumore orbitario, morbo di Graves, malattie da accumulo metabolico
- ◆ Funzione pupillare: sindrome di Horner, tossicità farmacologica, tumore del mesencefalo, aneurisma

- ◆ Allineamento e motilità oculare: disturbi neurologici (es. miastenia grave, difetti del sistema nervoso centrale o aneurisma, sclerosi multipla), morbo di Graves
- ◆ Campi visivi: ictus cerebrali, tumori cerebrali
- ◆ Segmento anteriore: tossicità da farmaci o metalli pesanti; malattie a mediazione immunitaria (es. artrite reumatoide); malattie infettive; carenza di vitamina A; malattie metaboliche, endocrine o da accumulo
- ◆ Cristallino: sindrome di Alport, sindrome di Apert, artrite reumatoide giovanile, distrofia miotonica, malattia di Wilson, omocistinuria, sindrome di Marfan, sindrome di Weill-Marchesani
- ◆ Segmento posteriore: ipertensione sistemica, diabete mellito, malattie infettive (ad esempio, sindrome da immunodeficienza acquisita, tubercolosi, sifilide, istoplasmosi, toxoplasmosi), malattie a mediazione immunitaria, vasculiti, tumori primari o metastatici, malattie da accumulo metabolico, facomatosi, malattie ematologiche, malattie cerebrovascolari, aumento della pressione intracranica, tossicità da idrossiclorochina, tamoxifene o fenotiazinica.

A causa della crescente domanda di cure oculari e della scarsità di risorse, è crescente l'interesse nel misurare e migliorare l'appropriatezza dell'erogazione delle cure oculari. Per cure appropriate si intende la fornitura di cure basate sull'evidenza, rilevanti per le esigenze del paziente e conformi a standard consolidati.

In letteratura sono poche le pubblicazioni su queste tematiche e prevalentemente effettuate in paesi extraeuropei. Una revisione sistematica della letteratura ha considerato gli studi che riportavano il processo di erogazione delle cure oculari in diversi paesi utilizzando la revisione di pubblicazioni esistenti e/o report di esperti per misurare l'appropriatezza delle cure oculari. È stato riscontrato che l'appropriatezza delle cure oculari erogate varia notevolmente per le condizioni più comunemente riportate (glaucoma e nei pazienti diabetici), oscillando tra 0 e 100%. La revisione delle cartelle cliniche è stata il metodo più comunemente utilizzato per valutare l'appropriatezza dell'erogazione delle cure oculari; ciò può essere spiegato dalla facilità di gestione e dal basso costo associato a questo metodo, soprattutto quando viene condotto in un unico sito. Uno studio ha concluso che gli studi che riportano l'appropriatezza dell'erogazione dell'assistenza oculistica in Australia e in altri paesi sviluppati, principalmente anglofoni, indicano un'ampia gamma di appropriatezza dell'erogazione delle cure, soprattutto per il glaucoma e per l'assistenza oculistica nella popolazione diabetica. La qualità metodologica è stata valutata mediamente come moderata per tutti i metodi.

Esistono poi Linee guida internazionali di riferimento per l'appropriatezza nella richiesta di visite oculistiche come l'**American Academy of Ophthalmology (AAO) — Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation Preferred Practice Pattern** che raccomanda per gli adulti asintomatici e senza fattori di rischio una visita oculistica completa secondo queste frequenze:

< 40 anni: ogni 5–10 anni;

40–54 anni: ogni 2–4 anni;

55–65 anni: ogni 1–3 anni;

> 65 anni: ogni 1–2 anni

Per persone con fattori di rischio (es. diabete, familiarità per malattie oculari, razza/etnia con rischio aumentato di glaucoma), o con segni/sintomi, la frequenza va adattata caso per caso.

Nella raccomandazione "Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults", la USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) conclude che non c'è evidenza sufficiente per raccomandare in modo univoco lo screening per acuità visiva in adulti ≥ 65 anni asintomatici. La decisione viene lasciata al giudizio clinico del medico, in funzione di fattori di rischio, storia clinica, e potenziali benefici vs costi.

Criticità e limiti:

Molte raccomandazioni (es. AAO) si basano su studi osservazionali, opinione di esperti o conferenze di consenso: ciò implica che l'appropriatezza in questi casi è in parte soggettiva e dipende dall'interpretazione clinica.

Esiste un rischio di sovra-diagnosi / sovra-prescrizione: esami troppo frequenti in persone sane possono generare costi inutili, occupazione di risorse e potenziale sovratrattamento.

Esiste una disomogeneità tra paesi, contesti sanitari, disponibilità di specialisti e risorse le linee guida americane o di altri paesi potrebbero non essere direttamente applicabili al contesto italiano senza adattamenti.

Alcune osservazioni critiche

Le linee guida internazionali non sempre coincidono — ad esempio l'AAO raccomanda visite abbastanza frequenti anche in assenza di rischio, mentre la USPSTF è molto più conservativa, evidenziando la mancanza di evidenza forte per screening regolari in asintomatici over 65.

Stabilire l'appropriatezza richiede un bilanciamento tra benefici potenziali (rilevazione precoce di patologie, prevenzione della perdita della vista) e costi del sovrautilizzo.

In Italia, l'adozione di un modello condiviso richiede la collaborazione tra società scientifiche, istituzioni, medici, altre professioni sanitarie, e — idealmente — anche pazienti, per definire priorità, risorse e standard uniformi.

Indicazioni per un modello di “appropriatezza clinica per l'accesso alle visite oculistiche” in Italia e metodologia adottata

Sulla base delle informazioni disponibili e delle linee guida internazionali, sono state elaborate attraverso un processo strutturato di consenso basato su due round di Delphi modificato con scala Likert a 9 punti, le seguenti raccomandazioni relative alla frequenza delle visite oculistiche nelle diverse fasce di età. Il panel di esperti ha raggiunto un accordo finale con una soglia di consenso pari al 75%, garantendo così un elevato livello di condivisione e appropriatezza clinica delle indicazioni proposta.

*A giudizio del Panel, si potrebbero considerare appropriate queste tempistiche **in età adulta, in assenza di sintomi e di fattori di rischio** :*

Tra i 18 e i 25 anni: Una visita ogni 2–3 anni, al fine di individuare precocemente eventuali anomalie corneali o l'insorgenza di difetti refrattivi

tra i 25 e i 40 anni: una visita ogni 4-5 anni;

tra i 40 e i 65 anni: una visita ogni 2–3 anni;

dai 65 anni in poi: una visita ogni 1–2 anni;

Nei pazienti diabetici va effettuata comunque una prima visita dopo 5 anni dalla diagnosi nel diabete di tipo 1 e alla diagnosi e poi annualmente nel diabete di tipo 2, almeno per un controllo del fondo oculare. Questo è coerente con le indicazioni della AAO per pazienti diabetici.

Appropriatezza clinica per l'accesso alla visita oculistica

Per persone con fattori di rischio (es. diabete, ipertensione, familiarità per malattie oculari, razza/etnia con rischio aumentato di glaucoma), o con segni/sintomi, la frequenza va adattata alla condizione di rischio e caso per caso. Ogni prescrizione (visita, esame diagnostico, terapia) deve comunque essere motivata da un'indicazione clinica.

E' importante prevedere strumenti informativi e formativi per medici (oculisti, MG) affinché adottino criteri di appropriatezza prima di richiedere prestazioni oculistiche.

Il gruppo di lavoro propone che siano disponibili, nelle varie aziende e nelle strutture specialistiche ospedaliere e/o territoriali, ambulatori dedicati alle diverse patologie (maculopatie, glaucoma, patologie corneali, oftalmoplastica, neuroftalmologia, uveiti) con agende interne e contatti dedicati per favorire l'accesso alle prestazioni ultraspecialistiche.

Alcuni principi guida per una prescrizione appropriata risultano quindi essere:

Personalizzazione: la frequenza e il tipo di esame devono essere modulati in base a età, fattori di rischio (diabete, ipertensione, familiarità, etnia, comorbidità), storia clinica, segni/sintomi oculari.

Proporzionalità (risorse / beneficio): evitare visite/esami troppo frequenti in soggetti a basso rischio e asintomatici, salvo cambiamenti clinici; al tempo stesso non ridurre la sorveglianza nei soggetti a rischio.

Documentazione e trasparenza clinica: ogni visita o esame deve essere motivato, con registrazione dello stato oculare, risultati, decisioni per follow-up, eventuali prescrizioni terapeutiche.

Coordinamento tra professionisti: coinvolgimento di oculisti, medici di medicina generale, altri specialisti e professionisti sanitari — ciascuno con ruoli chiari e definizioni di competenza — per evitare duplicazioni o visite non necessarie.

Evidenza / aggiornamento continuo: basare le decisioni sulle più recenti linee guida e dati epidemiologici; adeguare le raccomandazioni man mano che emergono nuove evidenze.

Queste raccomandazioni intendono fornire un riferimento condiviso per la pratica clinica, mantenendo al contempo la necessaria flessibilità per l'adattamento al singolo paziente e sono suscettibili di aggiornamenti o modifiche qualora emergessero nuove indicazioni.

Riferimenti bibliografici

•Ho KC, Stapleton F, Wiles L, Hibbert P, Alkhawajah S, White A, Jalbert I. Systematic review of the appropriateness of eye care delivery in eye care practice. BMC Health Serv Res. 2019 Sep 6;19(1):646. doi: 10.1186/s12913-019-4493-3. PMID: 31492128; PMCID: PMC6731572.

• Wallace D, Flaxel C, Gedde S.

Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation Preferred Practice Pattern® Ophthalmology, 2026; 133, P202-P236

•<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/impaired-visual-acuity-screening-older-adults>

Appropriatezza per l'accesso alle visite oculistiche per neonati e bambini

L'American Academy of Ophthalmology (AAO) e l'American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabism (AAPOS) raccomandano uno screening tempestivo per la diagnosi precoce e il trattamento dei problemi oculari e visivi nei bambini americani. Questo include l'istituzione periodica di screening visivi durante gli anni della scuola materna. Il Gruppo di Lavoro sui Servizi Preventivi degli Stati Uniti (USPSTF) raccomanda lo screening visivo per i bambini dai 3 ai 5 anni al fine di rilevare l'ambliopia o fattori di rischio per l'ambliopia.

La diagnosi precoce delle malattie oculari curabili nell'infanzia può avere implicazioni di vasta portata per la vista e, in alcuni casi, per la salute generale.

Una buona vista è essenziale per uno sviluppo fisico adeguato e per il progresso educativo nei bambini in crescita. Il sistema visivo del bambino piccolo non è ancora completamente maturo. È necessario un input uguale da entrambi gli occhi per lo sviluppo corretto dei centri visivi nel cervello. Se l'occhio di un bambino in crescita non fornisce un'immagine chiara e focalizzata al cervello in sviluppo, può derivare una perdita irreversibile della vista in uno o entrambi gli occhi.

La diagnosi precoce offre la migliore opportunità per un trattamento efficace. L'American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabism, l'American Academy of Ophthalmology, l'American Academy of Pediatrics, l'American Academy of Family Physicians e l'American Association of Certified Orthoptists raccomandano tutte uno screening precoce della vista.

I programmi di screening della vista, gestiti da operatori di assistenza primaria, programmi comunitari e scuole, dovrebbero fornire test efficaci per bambini in età prescolare e in età scolare, eseguiti rapidamente, con precisione e con costi minimi. Uno screening efficace della vista massimizza il tasso di individuazione dei problemi minimizzando al contempo invii e costi inutili. Le condizioni oculari più comuni che possono essere rilevate includono una riduzione della vista in uno o entrambi gli occhi dovuta all'ambliopia, errori di rifrazione non corretti, disallineamento degli occhi (strabismo) o altri difetti oculari.

L'ambliopia consiste nella ridotta visione in uno o più raramente entrambi gli occhi, in assenza di danni organici, che si verifica quando il cervello non riceve dall'occhio input adeguati. Due cause comuni sono lo strabismo e la presenza di errori di rifrazione (necessità di occhiali) non corretti o non corretti in modo adeguato soprattutto quando esiste una differenza nell'errore di rifrazione tra i due occhi. Il trattamento diventa meno efficace con l'età. Se non trattata, l'ambliopia può causare una perdita visiva irreversibile.

Lo strabismo è un disallineamento degli occhi in qualsiasi direzione. L'ambliopia può svilupparsi quando gli occhi non si allineano. Se una diagnosi precoce dell'ambliopia secondaria allo strabismo è seguita da un trattamento efficace, può essere ripristinata una vista eccellente. Gli occhi possono essere allineati in alcuni casi con gli occhiali e in altri con l'intervento chirurgico. Tuttavia, il ripristino di un buon allineamento non garantisce l'eliminazione dell'ambliopia.

Gli errori rifrattivi causano diminuzione della vista, fastidio visivo (affaticamento oculare), strabismo e/o ambliopia. Nei bambini in età scolare la forma più comune è la miopia (scarsa visione a distanza) e viene trattata efficacemente, nella maggior parte dei casi, con occhiali e se evolutiva anche con trattamenti farmacologici. In età prescolare il difetto rifrattivo più comune è l'ipermetropia. Sebbene una ipermetropia lieve o moderata sia normale nei bambini in età prescolare e di solito non richiede occhiali, livelli elevati o asimmetrici di ipermetropia possono causare diminuzione della vista, ambliopia e strabismo a meno che non venga trattata con occhiali. L'astigmatismo (curvatura imperfetta delle superfici anteriori dell'occhio) richiede lenti correttive se significativo e se provoca visione offuscata o disagio.

L'Academy e l'AAPOS hanno identificato la miopia come una causa ad alta priorità di disabilità visiva. Sono disponibili interventi per ritardare l'insorgenza della miopia e ridurre la progressione della miopia durante

l'infanzia. Pertanto, lo screening periodico dei bambini e la valutazione dei bambini a rischio di progressione della miopia permetterebbero una strategia mirata per affrontare la miopia, così come altre condizioni oculari.

Oltre a rilevare problemi visivi, programmi di screening efficaci dovrebbero anche comprendere un meccanismo per informare adeguatamente i genitori.

Raccomandazioni internazionali :

American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, October 2022

American Academy of Ophthalmology, Board of Trustees, September 2022

Nel contesto di cure primarie, **l'American Academy e l'AAPOS** raccomandano di effettuare una valutazione oculare ogni volta che sorgono dubbi sulla salute del sistema visivo di un bambino di qualsiasi età. Inoltre, anche in assenza di segni o sintomi specifici, raccomandano che neonati e bambini vengano sottoposti a screening di routine per problemi visivi e che qualsiasi bambino che non superi uno o più di questi test di screening si sottoponga a un esame oftalmologico.

1. Un pediatra, un medico di famiglia o un altro operatore sanitario adeguatamente formato dovrebbe esaminare gli occhi del neonato e eseguire un test del riflesso rosso. Qualsiasi bambino con un riflesso rosso anomalo necessita di una consulenza oculistica urgente. Un oculista dovrebbe essere invitato a esaminare tutti i neonati ad alto rischio (cioè quelli a rischio di sviluppare retinopatia della prematurità (ROP); quelli con una storia familiare di retinoblastoma, glaucoma o cataratta nell'infanzia; quelli con una storia familiare di distrofia/degenerazione retinica; in caso di malattie sistemiche o ritardi neuroevolutivi associati a problemi oculari; coloro che presentano opacità dei mezzi oculari o coloro che presentano nistagmo o movimenti involontari degli occhi.
2. Da 1 mese a 4 anni di età, neonati e bambini piccoli dovrebbero essere sottoposti a una valutazione della loro salute oculare ad ogni visita di routine, includendo un'ispezione esterna, un esame della pupilla e dei riflessi corneali e la valutazione della fissazione.
3. Si dovrebbe porre enfasi sul controllo dell'acuità visiva non appena il bambino collabora abbastanza da completare la valutazione. Si ottengono risposte verbali generalmente tra i 3 anni e mezzo e i 4 anni. È essenziale che venga effettuato un test dell'acuità visiva entro i 5 anni di età.
4. La rifrazione automatica può essere raccomandata come alternativa allo screening dell'acuità visiva con ottotipi (tipicamente utilizzati per bambini dai 3 ai 5 anni) nei bambini che non sono in grado o non vogliono collaborare con lo screening di routine.
5. Ulteriori screening su ciascun bambino dovrebbero essere effettuati durante controlli scolastici di routine o ogni 1-2 anni dopo i 5 anni.
6. I bambini con possibili o diagnosticate difficoltà di apprendimento, come la dislessia, dovrebbero sottoporsi a un esame oculistico e a valutazione ortottica affinché qualsiasi deficit visivo non diagnosticato possa essere identificato e trattato. Tali bambini dovrebbero essere indirizzati a valutazioni mediche, psicologiche ed educative adeguate e al trattamento di qualsiasi disabilità di apprendimento.

Molte condizioni oculari gravi sono curabili se identificate tramite screening durante la scuola materna e nei primi anni scolastici. Molte di queste condizioni sono associate a una storia familiare positiva. Pertanto, bisogna

dare un'ulteriore enfasi allo screening di neonati e bambini ad alto rischio e, quando necessario, gli operatori dovrebbero indirizzare prontamente tali bambini a un oculista per una valutazione oculare completa.

Pediatric Eye Evaluations Preferred Practice Pattern 2022, American Academy of ophthalmology

Pediatric Eye Evaluations PPP

TABLE 1 AGE-APPROPRIATE METHODS FOR PEDIATRIC VISION SCREENING AND CRITERIA FOR REFERRAL

Method	Indications for Referral	Recommended Age					
		Newborn–6 months	6–12 months	1–3 years	3–4 years	4–5 years	Every 1–2 yrs after age 5
Red reflex test	Absent, white, dull, opacified, or asymmetric	•	•	•	•	•	•
External inspection	Structural abnormality (e.g., ptosis)	•	•	•	•	•	•
Pupillary examination	Irregular shape, unequal size, poor or unequal reaction to light	•	•	•	•	•	•
Fix and follow	Failure to fix and follow	Cooperative infant ≥3 months	•	•			
Corneal light reflection	Asymmetric or displaced	Cooperative infant ≥3 months	•	•	•	•	•
Instrument-based screening*	Failure to meet screening criteria		Cooperative infant ≥6 months	•	•	•	•
Cover test	Refixation movement of uncovered eye				•	•	•
Distance visual acuity† (monocular)	Worse than 20/50 with either eye or 2 lines of difference between the eyes				•	•	•
	Worse than 20/40 with either eye or 2 lines of difference between the eyes					•	•

SOURCE: Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. 2017, Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.

NOTE: These recommendations are based on panel consensus. If screening is inconclusive or unsatisfactory, the child should be retested within 6 months; if inconclusive on retesting, or if retesting cannot be performed, referral for a comprehensive eye evaluation is indicated.⁹

* Subjective visual acuity testing is preferred to instrument-based screening in children who are able to participate reliably. Instrument-based screening is useful for some young children and those with developmental delays.

† LEA Symbols¹⁰ (Good-Lite Co., Elgin, IL), HOTV, and Sloan Letters¹¹ are preferred optotypes.

Raccomandazioni Evidence-based clinical practice guidelines for the periodic eye examination in children aged 0–5 years in Canada

Delpero, Walter T. et al.

Canadian Journal of Ophthalmology, Volume 54, Issue 6, 751 – 759

- Lo screening di routine adeguato all'età, (test del riflesso rosso, cover test e acuità visiva) di neonati e bambini dovrebbe essere effettuato da parte di un medico di base o pediatra.
- Se un neonato o un bambino viene identificato con un'anomalia, dovrebbe essere indirizzato dall'oculista.
- Oltre allo screening adeguato all'età, i bambini di età compresa tra 0 e 5 anni dovrebbero sottoporsi a una valutazione oculistica per individuare i fattori di rischio per l'ambliopia.
- Idealmente, la valutazione dovrebbe avvenire entro i 3 anni di età.
- La valutazione dovrebbe includere la rifrazione e la valutazione della motilità oculare.

In conformità con l'American Academy of Pediatrics e per migliorare la rilevazione precoce dei disturbi della vista, il Comitato Consultivo del National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH) presso Prevent Blindness raccomanda che i bambini di età compresa tra i 3 e i 6 anni negli Stati Uniti effettuino uno screening visivo annuale utilizzando metodi basati su evidenze e indicazioni cliniche esperte. Le raccomandazioni aggiornate per lo screening offrono un approccio standardizzato per la rilevazione precoce dei disturbi della vista, facilitando un trattamento tempestivo e promuovendo risultati ottimali.

CONDIZIONI CHE RICHIEDONO RIFERIMENTO DIRETTO

I bambini in età prescolare con le seguenti condizioni sono a rischio maggiore di disturbi della vista e dovrebbero saltare lo screening visivo, essendo indirizzati direttamente a esami oculistici completi.

Anomalie oculari facilmente riconoscibili, come strabismo o ptosi.

Diagnosi di un disturbo neuroevolutivo (ad esempio, deficit uditivo, anomalie motorie come paralisi cerebrale, sindrome di Down, deficit cognitivo, ritardo dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico o ritardo del linguaggio).

Malattie sistemiche o genetiche note per essere associate a disturbi oculari (ad es. diabete, artrite giovanile, o anemia falciforme).

Uso di farmaci noti per avere effetti collaterali oculari. Storia familiare di un parente di primo grado (genitore o fratello/sorella) con strabismo, ambliopia, elevato difetto refrattivo o altri problemi di salute degli occhi.

Nascita prematura (<32 settimane di gestazione) e/o basso peso alla nascita (<1500 g/<3,3 lb).

Bambini che mostrano un ritardo nel raggiungimento delle tappe di sviluppo o accademiche appropriate per l'età o che presentano difficoltà di apprendimento con o senza un piano educativo individualizzato.

Esposizione intrauterina ad alcol o droghe (incluso metadone).

Infezioni congenite, come virus Zika, citomegalovirus, rosolia, sifilide e toxoplasmosi.

Alterazioni neurologiche (ad es. post-commozione cerebrale)

Secondo la Società Oftalmologica Italiana sono consigliabili una visita alla nascita; poi una entro i tre anni; un'altra entro il primo giorno di scuola e, ancora, una tra gli 8 e i 15 anni, per contrastare soprattutto la miopia.

Indicazioni per un modello di “appropriatezza clinica per l'accesso alle visite oculistiche” in età pediatrica in Italia e metodologia adottata

Le raccomandazioni della letteratura scientifica sono state valutate attraverso un processo metodologico strutturato basato su quesiti votati con due round di Delphi modificato. Il panel multidisciplinare di esperti ha espresso le proprie valutazioni in maniera indipendente, consentendo una progressiva convergenza delle opinioni. Il consenso finale è stato definito al raggiungimento di una soglia pari ad almeno il 75% di accordo tra i partecipanti, criterio adottato per garantire robustezza e affidabilità alle raccomandazioni formulate.

Le indicazioni riportate rappresentano pertanto una sintesi condivisa delle migliori evidenze disponibili e dell'esperienza clinica degli esperti, con l'obiettivo di orientare l'appropriatezza prescrittiva e l'organizzazione dei percorsi assistenziali in ambito oculistico in età pediatrica. In particolare, le raccomandazioni tengono conto delle diverse fasce di età, della presenza o meno di fattori di rischio e dell'eventuale comparsa di segni o sintomi, elementi fondamentali per modulare la frequenza dei controlli.

Rimane centrale il principio della personalizzazione del percorso assistenziale: le tempistiche suggerite devono essere adattate al singolo paziente sulla base del giudizio clinico, soprattutto in presenza di fattori di rischio o condizioni patologiche note.

Sulla base delle informazioni disponibili, a giudizio del Panel si potrebbero considerare appropriate queste tempistiche in età pediatrica e senza fattori di rischio:

Dando per acquisito lo screening neonatale mediante esame del riflesso rosso

- una prima visita oculistica **entro i 3–4 anni di età**, preferibilmente anticipata **tra i 2 e i 3 anni** quando possibile, fase cruciale per l'identificazione precoce dell'ambliopia. La valutazione ortottica dovrebbe essere eseguita quando indicato e considerata con particolare attenzione già in età prescolare.
- ogni 2 anni **tra i 5 e i 10 anni**
- e ogni 2–3 anni **tra i 10 e i 18 anni**.

Nei bambini con fattori di rischio (es. diabete, familiarità per malattie oculari) o in presenza di segni o sintomi oculari, la frequenza delle valutazioni deve essere adattata alla condizione di rischio e caso per caso.

Si sottolinea inoltre l'importanza di ripetere la valutazione ortottica nei casi di anisometropia e/o ametropie elevate, anche in assenza apparente di strabismo manifesto, al fine di prevenire o intercettare precocemente condizioni che potrebbero favorire l'ambliopia

Ogni prescrizione (visita, esame diagnostico, terapia) deve essere motivata da un'indicazione clinica documentata.

Si dovrebbero prevedere strumenti informativi e formativi per medici (pediatri, MG) affinché adottino criteri di appropriatezza prima di richiedere prestazioni.

Il Panel propone che siano disponibili, nelle varie aziende e nelle strutture specialistiche ospedaliere e/o territoriali ambulatori dedicati alle visite in età pediatrica con personale dedicato ed agende interne e contatti dedicati per favorire l'accesso alle prestazioni ultraspecialistiche.

Il piano di prevenzione 2014-2018 che introduce in Italia nei LEA la prevenzione neurosensoriale dalla nascita, nell'infanzia indica oltre all' oculista, il pediatra e l'ortottista come professioni di riferimento.

Nel percorso di valutazione oftalmologica in età pediatrica, la **valutazione ortottica** riveste un ruolo fondamentale nella prevenzione, identificazione precoce e monitoraggio dei disturbi della visione binoculare e dello sviluppo visivo.

La valutazione ortottica consente di individuare precocemente condizioni quali ambliopia, strabismo manifesto o latente, difetti della motilità oculare, anomalie della convergenza e disordini sensoriali, anche in assenza di segni clinici evidenti riferiti dai genitori.

Nei bambini asintomatici e senza fattori di rischio, la valutazione ortottica può essere integrata nei principali momenti di screening o valutazione visiva raccomandati (prima infanzia, età prescolare e scolare), mentre nei soggetti con fattori di rischio (prematurità, familiarità per strabismo o ambliopia, patologie neurologiche, disturbi dell'apprendimento, cefalea ricorrente, difficoltà visive riferite) o con segni/sintomi, la frequenza dei controlli deve essere personalizzata. L'esecuzione della valutazione ortottica da parte dell'ortottista, inserita in percorsi strutturati e integrati con l'oculista, può migliorare l'appropriatezza diagnostica e può favorire un accesso tempestivo ai trattamenti riabilitativi quando indicati.

La prescrizione di valutazioni ortottiche, esami o trattamenti riabilitativi deve essere sempre supportata da una chiara indicazione clinica documentata, in linea con i principi di appropriatezza e sostenibilità del sistema.

Riferimenti bibliografici

1 Jonas DE, Amick HR, Wallace IF et al. Vision Screening in Children Ages 6 Months to 5 Years: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017. (Evidence Synthesis, No. 153) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK487841/?report=reader>. Accessed June 6, 2022.

2. Learning disabilities, dyslexia, and vision: a subject review. Committee on Children with Disabilities, American Academy of Pediatrics (AAP) and American Academy of Ophthalmology (AAO), American Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS). *Pediatrics*.1998; 102:1217-1219.

3. American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology, Council on Children with Disabilities; American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Association of Certified Orthoptists. Joint statement - Learning disabilities, dyslexia, and vision. *Pediatrics*. 2009; 124:837-844.

4.American Academy of Pediatrics (AAP), American Academy of Ophthalmology (AAO), American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS).Visual System Assessment in Infants, Children, and Young Adults by Pediatricians. *Pediatrics*, 2016.

5.American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS).Vision Screening Recommendations. Linee guida ufficiali AAPOS

6.World Health Organization (WHO).Development of guidelines for screening of amblyopia and refractive errors in children.

7.Von Noorden G.K., Campos E. Binocular Vision and Ocular Motility. Mosby Elsevier 2002

Conclusioni e raccomandazioni operative

L'appropriatezza clinica in oftalmologia è un principio fondamentale: consente di ottimizzare la gestione delle risorse sanitarie, proteggere i pazienti da esami inutili e garantire un'adeguata sorveglianza a chi è a rischio.

È possibile costruire un **modello italiano di riferimento per l'appropriatezza clinica** per l'accesso alle visite oculistiche, diviso per fasce d'età, fattori di rischio e frequenze di intervento, applicabile al nostro contesto sanitario e compatibile con le norme che regolano l'esercizio professionale nel nostro Paese, integrando le migliori evidenze scientifiche internazionali con l'evoluzione delle Raccomandazioni per le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali (RBPCA) promosse dall'Istituto Superiore di Sanità. In questo contesto, l'adozione di un modello strutturato consentirebbe di prendere decisioni cliniche basate su evidenze, standardizzare i percorsi assistenziali e razionalizzare le risorse.

È necessario promuovere la diffusione e l'adozione di queste raccomandazioni tra oculisti, medici generici e altre professioni sanitarie.

È importante prevedere revisione e aggiornamento periodico delle raccomandazioni, in funzione di nuovi dati scientifici, cambiamenti demografici e disponibilità di risorse.

All.1 - Dichiarazione di conformità delle raccomandazioni



Roma, 13 aprile 2026

Io sottoscritto, Dott.ssa Alessandra Balestrazzi, Presidente e Legale Rappresentante di AIMO
Associazione Italiana Medici Oculisti ETS

Dichiaro

che tutte le raccomandazioni sono in conformità con le leggi italiane vigenti, le norme e i regolamenti delle agenzie regolatorie e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza.

In fede

Dott. ssa Alessandra Balestrazzi

Presidente AIMO ETS

All.2 Relazione revisori

Questo documento sull'appropriatezza clinica in oftalmologia affronta un tema di grande rilevanza e attualità, in linea con le principali priorità del Servizio Sanitario Nazionale, quali la riduzione delle liste d'attesa, la sostenibilità del sistema e il miglioramento della qualità delle cure.

Il lavoro si configura come uno strumento particolarmente utile anche in un'ottica di governance sanitaria.

Tra i principali punti di forza emerge l'eccellente integrazione tra appropriatezza clinica e la gestione delle risorse, aspetto cruciale nell'attuale scenario sanitario.

Di particolare rilievo è anche il confronto con le linee guida internazionali, condotto con approccio critico e ben argomentato, che mette in luce le differenze tra le raccomandazioni dell'AAO e quelle della USPSTF, evidenziandone implicazioni e limiti.

Ulteriore elemento di valore è rappresentato dall'orientamento verso una medicina personalizzata, che si riflette nella proposta di adattare i percorsi assistenziali alle caratteristiche individuali dei pazienti.

In conclusione, il lavoro rappresenta una base concettuale e clinica estremamente valida per affrontare il tema dell'appropriatezza clinica per l'accesso alle visite oculistiche nel contesto italiano, con potenziali ricadute significative sia sul piano organizzativo sia su quello della qualità dell'assistenza.