

Lo screening per l'ambliopia: risultati e problemi da risolvere

L'esperienza di Parma dopo 21 anni di attività

di Francesca Manzotti - Jelka G. Orsoni

Sezione di Oftalmologia del Dipartimento di Scienze Otorino-Odonto-Oftalmologiche e Cervico-Facciali dell'Università di Parma, in collaborazione con l' Azienda USL di Parma.

Email: francesca_manzotti@virgilio.it

Nei precedenti numeri di questa pubblicazione è stata più volte sottolineata l'importanza del trattamento precoce dell'ambliopia. La storia naturale del deficit visivo dovuto ad ambliopia non prevede, infatti, alcun miglioramento spontaneo. Se non trattata, l'ambliopia in età adulta incide negativamente sulla qualità di vita, aumenta i costi sociali e riduce la possibilità di accesso a varie carriere lavorative. E' stato stimato che il numero di possibilità lavorative di un individuo ambliope decresca proporzionalmente all'aumentare dell'entità del deficit. Inoltre, ogni persona in età adulta ha, in uno dei due occhi, un rischio generico dell'1,2% di perdita visiva dovuto a varie patologie: da ciò consegue che l'ambliope è a maggior rischio di diventare ipovedente o cieco legale qualora la perdita visiva coinvolga l'occhio funzionante. Ciò ha importanti conseguenze e alti costi sociali, poiché solo un terzo di queste persone riesce a mantenere un impiego retribuito¹.

Alla luce di queste considerazioni, appare evidente che non é accettabile che in un paese come l'Italia esistano soggetti ambliopi che sfuggono alla diagnosi o ad un adeguato trattamento.

La Clinica Oculistica dell'Università di Parma annovera sin dagli anni 70 personalità accademiche che hanno riservato attenzione particolare alla strabologia e all'ortottica in generale, istituendo sin d'allora un Centro Ortottico di riconosciuto valore ed efficienza.

Grazie alla collaborazione tra la Sezione di Oftalmologia del Dipartimento di Scienze Otorino-Odonto-Oftalmologiche e Cervico-Facciali dell'Università di Parma, l'AUSL (in passato denominata USL 4 di Parma -Bassa Est) e l'Azienda Ospedaliera di Parma, dal 1987 si esegue senza interruzione lo screening visivo per l'ambliopia nel territorio di pertinenza dell'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL), corrispondente all'area della Provincia di Parma.

MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLO SCREENING

L'équipe dello screening è composta da tre Ortottisti-Assistenti in Oftalmologia, che eseguono il test di screening presso le Scuole Materne nei vari distretti della provincia (denominati: Città, Bassa, Sud-Est, Fidenza, Val Taro- Val Ceno) e dal Medico Oculista, attualmente Dott.ssa Francesca Manzotti, che effettua le visite di secondo livello presso la Sezione di Oftalmologia. L'organizzazione dello screening è stata perfezionata nel corso degli anni, adeguandosi all'

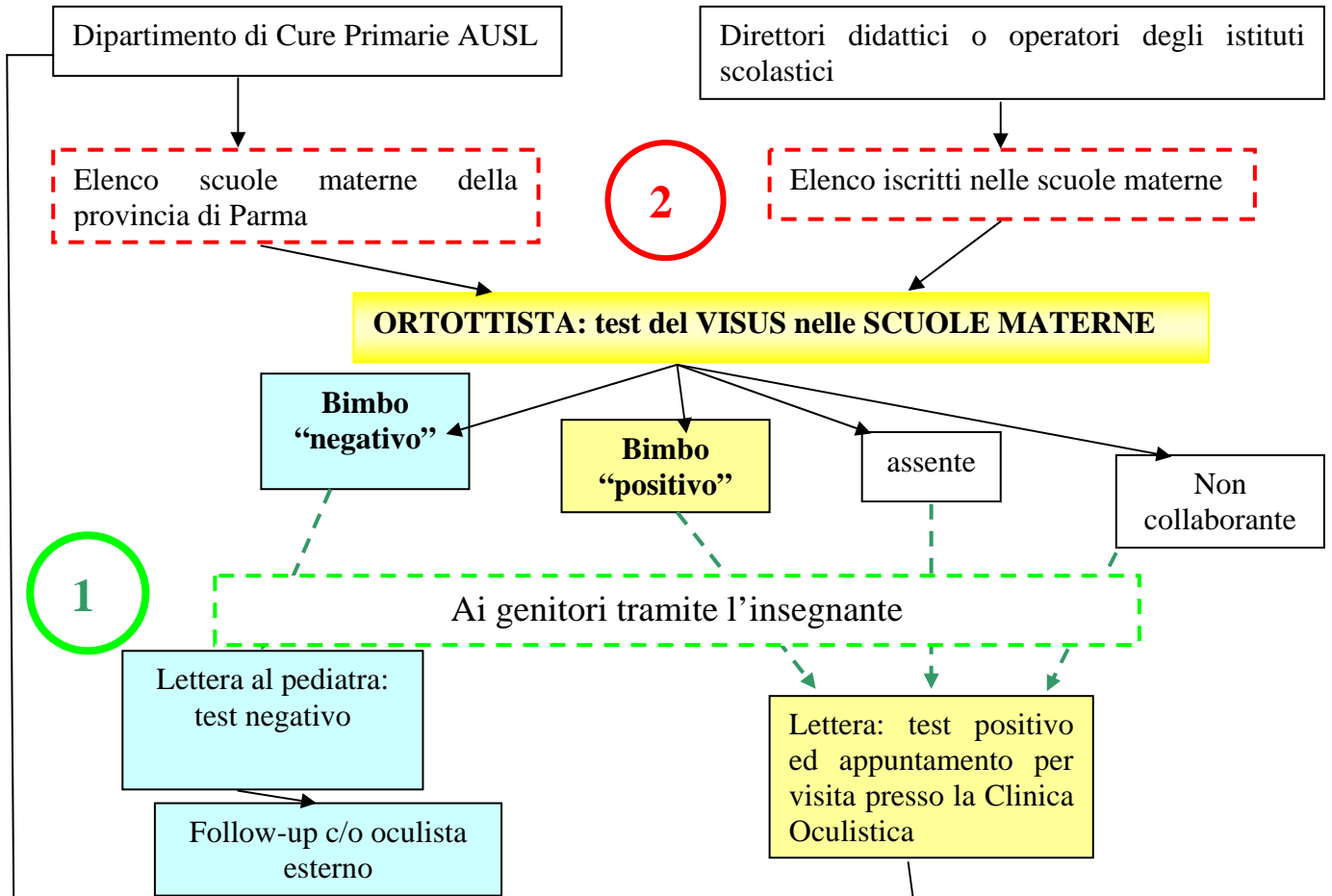
evoluzione della situazione socio-sanitaria che ha coinvolto via via tutte le componenti interessate dall'attività, dalle Scuole Materne ai pediatri di famiglia, agli operatori sanitari. Dal punto di vista scientifico una modifica sostanziale ha riguardato l'utilizzo dell'ottotipo logaritmico LEA²⁻⁴, in sostituzione del precedente ottotipo di tipo decimale. Questo ottotipo logaritmico è dal 2005 usato dagli ortottisti sia alle Scuole Materne, sia alla visita di secondo livello: ciò rende possibile sia una determinazione precisa dell'acutezza visiva, sia la rielaborazione dei dati a scopo scientifico.

In linea con alcune delle indicazioni presenti in letteratura^{5,6}, si è deciso di considerare “positivo” un bambino in cui, in corso della valutazione di primo livello effettuata dall'Ortottista, il visus di almeno un occhio non raggiungesse il valore cut-off di 0.63, o in cui si evidenziassero anomalie della motilità oculare meritevoli di ulteriori indagini perché potenzialmente ambliopigene. Le modalità di svolgimento dell'attività sono rappresentate nella Tabella 1.

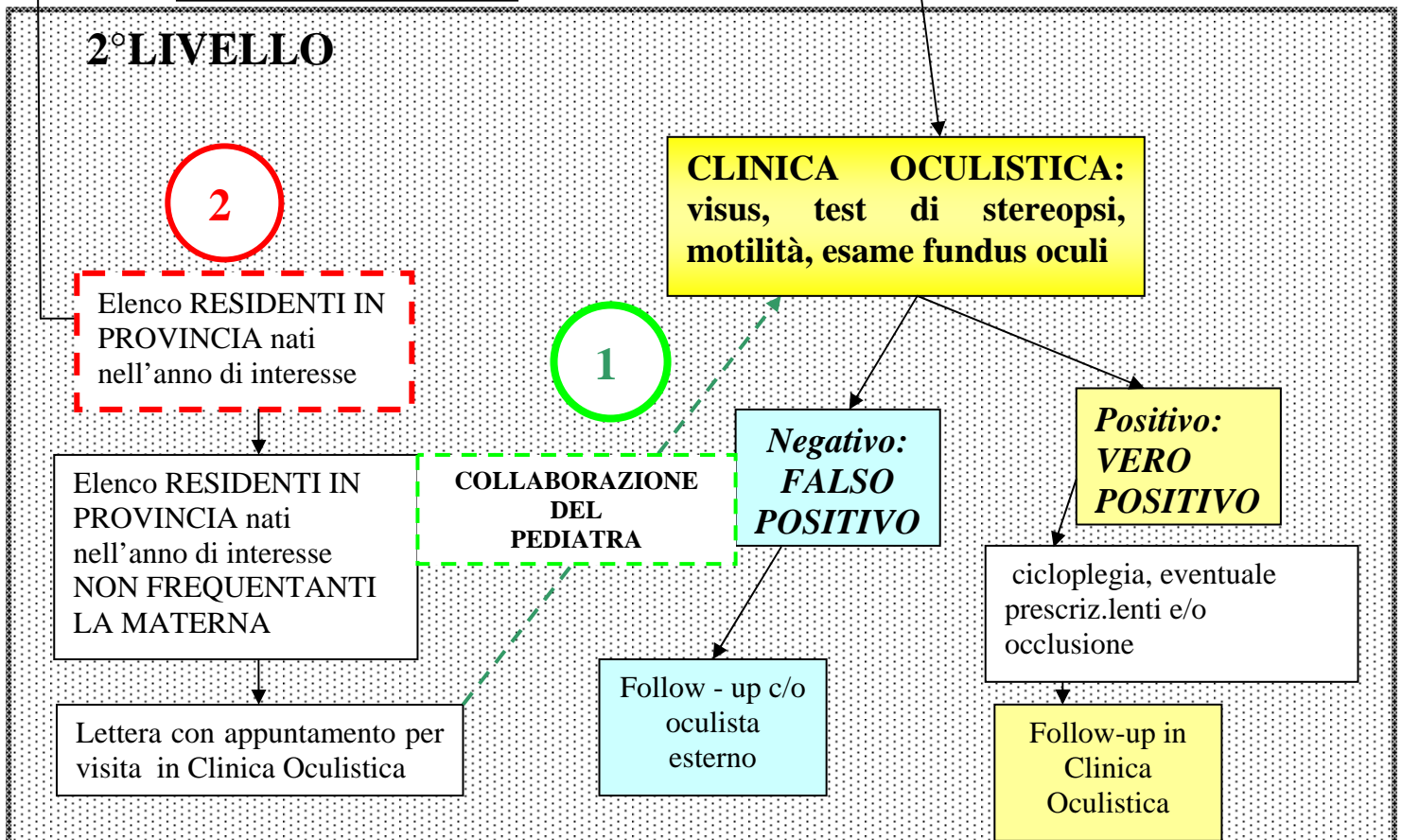
Sono rappresentati in tratteggio quelli che riteniamo essere ancora oggi “anelli deboli” della catena, ossia passaggi critici per il raggiungimento dell'obiettivo finale che è quello di esaminare, con lo screening, l'intera popolazione di riferimento.

SCREENING per l'AMBLIOPIA a PARMA: PERCORSO

1° LIVELLO



2° LIVELLO



GLI ANELLI DEBOLI “GENERALI” (punti 1)

Per essere efficace, qualsiasi attività di screening deve raggiungere idealmente tutta la popolazione bersaglio. Fondamentale a tale scopo è ottenere la collaborazione piena ed attiva di quelle figure professionali che si trovano a contatto quotidiano con le famiglie, ed instaurano con loro un rapporto di stretta fiducia, ossia gli insegnanti delle Scuole Materne e i Pediatri. Solo tramite il loro contributo è possibile far arrivare il messaggio in modo efficace ai genitori dei bambini. Più in concreto potremmo indicare due obiettivi:

- 1) **ASSENTI**: non devono “sfuggire” allo screening bambini solo perché non presenti il giorno della visita. Il messaggio deve quindi essere trasmesso dagli educatori della Scuola Materna ai genitori senza “gap” e sottolineando l’importanza del controllo per la salute del figlio.
- 2) **NON FREQUENTANTI**: lo screening deve raggiungere le cosiddette “fasce deboli” della popolazione. Esse spesso non accedono ai servizi sociali ed educativi offerti alla comunità e altrettanto spesso non rispondono alle convocazioni a domicilio. In questi casi il Pediatra assume il ruolo fondamentale di unico interlocutore: è infatti la figura chiave che ha il compito di convincere i genitori a fare effettuare il test di screening , che in questi casi diventa di screening “oftalmologico” generale e non solo visivo.

GLI ANELLI DEBOLI “LOCALI” (punti 2)

Nel corso degli anni, abbiamo riscontrato come spesso gli elenchi forniti dalle strutture di competenza non risultino precisi. Questo passaggio è indispensabile per evitare che qualche bambino “sfugga” alla convocazione o che, all’opposto, qualcuno venga convocato in modo improprio.

Nel territorio di competenza dell’AUSL di Parma esistono zone montane a bassa densità demografica considerate “disagiate” in cui gli spostamenti per l’accesso alle strutture sanitarie possono risultare difficoltosi. Riteniamo che l’Ortottista incaricato di svolgere lo screening nelle suddette aree geografiche debba effettuare una prova del visus integrata da una valutazione ortottica generale (test di stereopsi, cover test, motilità oculare) allo scopo di selezionare al massimo i pazienti effettivamente meritevoli di approfondimento diagnostico, ed indirizzarli alla valutazione di secondo livello.

RISULTATI

Come si evidenzia dalla sottostante Tabella 2, l'attività di screening ha avuto risultati più che soddisfacenti sin dall'inizio, ossia dal triennio "sperimentale" 1987-1990. Va però sottolineato come nel suddetto periodo la valutazione sia stata riservata ai soli bambini residenti nel capoluogo e solo successivamente estesa a tutta la Provincia. La consistente crescita demografica verificatasi negli ultimi decenni, insieme all'esplosione dei flussi migratori e alla rapidità e facilità negli spostamenti sul territorio, ha reso via via più complessa la gestione dei dati demografici e in ultima analisi il raggiungimento dell'obiettivo di copertura "totale" della popolazione. Si deve quindi considerare un grande successo il miglioramento dell'indice di adesione al test, mentre ancora poco soddisfacenti rimangono i risultati riferiti alla valutazione degli assenti e dei bambini non frequentanti le Scuole Materne.

	TRIENNIO 1987- 1990	1996	2006	2007
% adesione al test	81,8	78,2	77,5	84,3
% veri positivi	4,2	6,8	5,3	5,7
% assenti visitati	n.d.	42,3	39,1	39,1
% non iscritti visitati	n.d.	53,3	21,2	23,2

Tabella 2. Confronto tra i risultati dello screening per l'ambliopia effettuato in diverse annate nel territorio dell'Ausl di Parma.

CONCLUSIONI

Quanto sinora esposto ci permette di concludere che l'attività di screening per l'ambliopia riveste un ruolo fondamentale nella tutela e nella prevenzione in campo sanitario. Rimangono tuttavia aperti alcuni problemi che potrebbero essere risolti almeno in parte da un'unificazione ed uniformità di procedure; a tal proposito proponiamo di aprire il dialogo ad un confronto scientifico tra le parti che si dedicano a questa attività, per arrivare alla stesura di un protocollo di screening visivo per l'ambliopia valido su scala nazionale ed accettato dalle autorità locali preposte alla tutela della salute pubblica, e che possa così essere applicato quanto più diffusamente possibile.

BIBLIOGRAFIA

1. Powell C, Porooshani H, Bohorquez MC, et al. Screening for amblyopia in childhood. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD005020
2. Gräf MH, Becker R, Kaufmann H. LEA symbols: visual acuity assessment and detection of amblyopia. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol* 2000; 238:53-8.
3. Becker R, Hubsch S, Gräf MH et al. Examination of young children with Lea symbols. *Br J Ophthalmol* 2002; 86(5):489-90.
4. Kvarnstrom G, Jakobsson P. Is vision screening in 3-year-old children feasible? Comparison between the Lea Symbol chart and the HVOT (LM) chart. *Acta Ophthamol Scand* 2005; 83:76-80.
5. Paliaga GP. Ambliopia. *Minerva Medica*, 2003.
6. Carlton J, Karnon J, Czoski-Murray C, Smith KJ, Marr J. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children up to the age of 4-5 years: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2008 Jun;12(25):1-214.