NOTIZIARIO SOI

SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA

150° SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA SOI 1869 • 2019

Società Oftalmologica Italiana

98° CONGRESSO NAZIONALE

Roma, mercoledì 28 novembre - sabato 1° dicembre 2018

Centro Congressi Rome Cavalieri

FGE S.r.l. - Reg. Rivelle 7/F - 14050 Moasca (AT) - Bimestrale - Anno XX - nr. 04/2018

CSO

COSTRUZIONE STRUMENTI OFTALMICI

Topografo Corneale

ANTARES

csoitalia.it

NOTIZIARIO SOI

ISSN - 1973-9427
Tribunale di Asti n° 1/98 del 22/7/1998

Redazione
FGE - Fabiano Gruppo Editoriale
Via Petitti 16 - Milano
Reg. Rivelle 7/F - Moasca (AT)
Nicole Togni
e-mail: n.togni@fgeditore.it

Direttore Responsabile
Monica Assanta

Comitato di Redazione
Pier Enrico Gallenga
Giuseppe Perone
Vittorio Picardo
Dario Severino

Pubblicità
FGE S.r.l.
Reg. Rivelle 7/F
14050 Moasca (AT)
Tel. 0141 1706694 - Fax 0141 856013
e-mail: info@fgeditore.it

Stampa
FGE S.r.l. - Moasca (AT)

Tiratura copie: 7.500
Formato: 21x29,7 cm
Diffusione: spedizione postale gratuita

Tariffe Pubblicitarie

Pag. intera quadricromia	€ 2.000
Pag. intera b/n	€ 1.400
1/2 pagina quadricromia	€ 1.300
2°/3° copertina	€ 2.500
4° copertina	€ 3.000
I.P. b/v interno mista	€ 3.500
Publiredazionale	€ 1.700
Veicolazione I.P.	€ 2.000
Pagina posizione speciale	€ 2.100
Video Intervista	€ 1.500

FABIANO Gruppo Editoriale

FGE S.r.l.
Via Petitti 16 – Milano
Reg. Rivelle 7/F – 14050 Moasca (AT)
Tel. 0141 1706694 – Fax 0141 856013
info@fgeditore.it – www.fgeditore.it

SOI Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
Ente morale - Dal 1869 a difesa della vista

SOMMARIO

5 Benvenuti al 98° Congresso Nazionale SOI
9 News
9 Conferenza stampa SOI: un successo che perdura
10 I comunicati della Conferenza Stampa
17 Allergan raccomanda per motivi precauzionali il ritiro di OZURDEX 700®
18 Rinnovo iscrizione SOI 2019: le nuove quote
20 CAMPAGNA ISCRIZIONI 2019 - Sottoscrizione Assicurazione SOI
22 VIDEOTECA SOI iAnimation
24 Legal
24 Bocciato l'utilizzo del "cronometro in sala visita" dal TAR del Lazio
26 Dalle aziende
49 Iscrizione SOI Quote associative - Perché associarsi
51 Eventi SOI

INSERZIONISTI

Alfa Intes, Allergan, Carl Zeiss, Centervue, CSO, Essilor,
Eye Pharma, Hoya, Occhio x occhio, Thea Farma, Transitions

Sede SOI: via dei Mille, 35 - 00185 Roma
tel. 06 4464514 - fax 06 4468403
segreteria@sedesoi.com - www.soiweb.com

Il contenuto delle rubriche e degli articoli pubblicati è di esclusiva responsabilità degli autori.
La riproduzione parziale o totale di articoli è subordinata al consenso scritto dell'editore.

SEGUICI SU
FACEBOOK
E TWITTER
SOI - Società Oftalmologica Italiana
SOI Social
@soi_tweet

17th SOI
INTERNATIONAL CONGRESS

24th Annual Meeting on Cataract and Refractive Surgery

SOI Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
Ente morale - Dal 1869 a difesa della vista

OCULAR SURGERY NEWS

AICCER
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA CATARATTA E REFRATTIVA

ROME May 23-25, 2019

JOIN US to share knowledge and experiences of a high-level professional update and to discover the Eternal City during the most pleasant season in Italy

150 SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA SOI 1869 • 2019

Founded in 1869, the Italian Society of Ophthalmology is a legally recognized non-profit Moral Entity, reference point for more than 7,000 Italian ophthalmologists and one of the oldest Scientific Societies in Europe that has more than 4,600 Members.
In 2019 SOI will be celebrating 150 Years of its foundation and on the occasion of such a special anniversary the 17th SOI International Congress will take place in Rome on 23-25 May, 2019 at the "**Roma Convention Center La Nuvola**", **an architectural masterpiece signed by Massimiliano Fuksas**.

Scientific Programme

We look forward to an exciting and stimulating three-days scientific event. A vast range of topics will be covered in our top quality continuing professional development and education programme

Live Surgery

On Friday and Saturday, in the Plenary Hall, do not miss and enjoy the best worldwide Live Surgery Sessions of the 24th Annual Joint Meeting of SOI, OSN & AICCER enriched by lectures of leading International Opinion Leaders and Experts and more than 40 live surgeries of the most advanced surgical techniques

Retina Highlights

Intravitreal Therapy Up to Date – International Consensus Conference: a global perspective on retinal diseases advanced treatment

Accommodation & Tour

Book your hotel with us and plan your stay in Rome to turn your visit into an unforgettable experience

Information

Contact us and we will be happy to assist you in your participation in the 17th SOI International Congress

ORGANIZING SECRETARIAT
+39 06 4464514
segreteria@cmocongressi.it

www.congressisoi.com

editoriale

Benvenuti al 98° Congresso Nazionale SOI

Cari Colleghi e Colleghe,

è una forte emozione, darvi il più caloroso benvenuto al 98° Congresso Nazionale SOI, e inaugurare l'anno di celebrazioni dedicate alla nascita della SOI: un virtuoso percorso lungo 150 anni iniziato nel lontano 1869 che ha certificato e premiato la Società Oftalmologica Italiana quale prima e maggiormente significativa Società Medico Scientifica Specialistica italiana.

Quest'anno il tradizionale appuntamento degli Oculisti Italiani, per rispondere alle esigenze di una Oftalmologia in continua evoluzione, inizia mercoledì mattina 28 novembre alle ore 09:00 e si conclude 1 dicembre alle ore 14:00.

Un percorso di confronto ed aggiornamento sui grandi temi della cataratta, cornea e superficie oculare, tumori oculari, glaucoma, uveiti, neuro-oftalmologia, refrazione, retina medica e chirurgica, chirurgia refrattiva, diagnostica strumentale. Quattro giornate fitte basate su una complessa organizzazione capace di offrire a tutti la più ampia e straordinaria scelta di argomenti scientifici e non solo.

Ancora una volta SOI si è impegnata per mettere a disposizione dei medici oculisti uno straordinario strumento di certificazione professionale. Sono stati organizzati due Corsi di Certificazione che si svolgeranno nel salone Cavalieri **Mercoledì 28 Novembre**: **Certificazione SOI 2** - Smile - dalle ore 11:30 alle ore 13:30, **Certificazione SOI 1** - Biometria avanzata - dalle ore 14:30 alle ore 17:30.

I Corsi di Certificazione SOI, si basano sulla necessità di preparare e formare i Medici Oculisti e gli Ortottisti Assistenti di Oftalmologia per l'adozione delle nuove tecnologie e tecniche chirurgiche che risultano, per una serie di sorprendenti ed inaspettate evoluzioni essere poco conosciute ed applicate nel nostro Paese. La partecipazione ai Corsi darà diritto alla relativa certificazione.

Giovedì 29 novembre, occhi puntati sul programma nel Salone Cavalieri: dalle ore 09:30 alle 11:30 il **Simposio "La vista ti salva la vita. La visione del contrasto in Medicina, nell'Arte, nel Pensiero e nello Spirito"** (S11) organizzato da **Fondazione Insieme per la Vista Onlus per Vedere Fatti Vedere e Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani** focalizzata sulla necessità di aggiornare la normativa inerente la perdita di sensibilità del contrasto che affligge il 30 % della popolazione e sugli emendamenti della legge necessari a superarne gli effetti negativi nei confronti degli ultra sessantenni. Dalle ore 11:30 alle ore 13:00 si svolgerà il **Simposio SOI "L'Oftalmologia Italiana nella Prima Guerra Mondiale"** (S12) e dalle 14:30 alle ore 18:00 la **Relazione Ufficiale 2018 "Macula up to date, diagnosi e trattamento"** (S13).

Da venerdì a sabato mattina, sempre nel Salone dei Cavalieri, seguirà il programma dedicato alla Chirurgia in Diretta del Joint Meeting SOI/OSN/AICCER, in collegamento con le sale operatorie dell'Ospedale S. Eugenio in Roma, Direttore Dott. Romolo Appolloni e della Clinica Morgagni a Catania.

EDITORIALE

Venerdì mattina, 30 novembre, nell'aula principale verranno assegnati il **Premio SOI Progetto Ricerca Scientifica** del valore di 25.000 euro e il **Premio Innovazione e Ricerca 2018** conferito a Nidek Medical. A seguire verranno conferite l'**Antonio Scarpa SOI Medal Lecture 2018** al Prof. YAO Ke Presidente della Società Oftalmologica Cinese, con la relazione "Ab Interno Canaloplasty (ABiC) Combined with Cataract Surgery (One Year Report)", l'**Innovator SOI Medal Lecture 2018** "In pursuit of the satisfied patient" a Kerry D. Solomon, Past President ASCRS e la **Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2018** a Thomas R. Friberg con la relazione "Further Insights into Age-related Macular Degeneration (AMD)".

Verranno inoltre attribuite le **Medaglie d'Oro "Maestri dell'Oftalmologia Italiana SOI"** assegnate ai Professori Giuseppe Ravalico e Stefano Miglior e al Dottor Lucio Zeppa. Nel pomeriggio di venerdì 30 novembre verranno assegnanti: **Premio SOI Borsa di Studio "Federica Fortunato" 2018** a Francesca Periti, il **Premio SOI Borsa di Studio Società Oftalmologica Calabrese "Pasquale Vadalà" 2018** a Marco Pellegrini, il **Premio SOI Cesare e Maurizio Quintieri - Videoconcorso 2018** a Alberto La Mantia, il **SOI Outstanding Humanitarian Service Award 2018** a Roberto Polito e il **Premio Miglior Poster SOI 2018.**

Appuntamento il sabato mattina, 1° dicembre, nel salone Cavalieri con la chirurgia in diretta e le letture SOI: la **SOI-SOE Lecture 2018** è affidata a Rodolfo Mastropasqua dal titolo "OCT Angiography nella chirurgia vitreoretinica: mito o realtà?", la **Mario Zingirian SOI Medal Lecture** affidata a Ciro Costagliola dal titolo "Deflusso dell'umor acqueo: evidenze cliniche e sperimentali" e la **Renato Frezzotti SOI Medal Lecture 2018** a cura di Paolo Emilio Bianchi con il titolo "Cerebral Visual Impairment (CVI)"e l'**International SOI Lecture** attribuita a Cyres Metha dal titolo "Explanting Lenses, Subluxated Lenses - Interesting Situations".

Verranno assegnati il **Premio ASMOOI 2018 "Una vita spesa per la professione di Medico Oculista"** a Filippo Cruciani e il **Premio ASMOOI 2018 "Una vita spesa per la professione di Ortottista"** a Lia Rosa Grassi.

Il Congresso SOI ospita per l'intera durata della manifestazione la più grande esposizione in Italia del settore oftalmologico: apparecchiature diagnostiche e chirurgiche, farmaci, dispositivi medici e lenti intraoculari.

Non dimenticate che saranno estratte iscrizioni gratuite SOI 2019 di Socio Benemerito Sostenitore del valore di 700 euro ciascuna, tra i soci presenti in sala, durante le seguenti sessioni in salone Cavalieri:

– Mercoledì 28 novembre ore 11:00-13:30 – CORSO CERTIFICAZIONE SOI 2

– Mercoledì 28 novembre ore 14:30-17:00 – CORSO CERTIFICAZIONE SOI 1

– Giovedì 29 novembre ore 09:30-11:30 – S11 – SESSIONE 11

– Giovedì 29 novembre ore 11:30-13:00 – S12 – SESSIONE 12

– Giovedì 29 novembre ore 14:30-18:06 – S13 – SESSIONE 13

– Sabato 1° Dicembre ore 12:17-13:20 – Simposio FEOph

Buon lavoro e vi ricordo che vi aspetto a Roma, da giovedì 23 a sabato 25 maggio 2019, per il 17° Congresso Internazionale per celebrare internazionalmente il 150° anniversario della fondazione della SOI presso la prestigiosa location della "Nuvola", un'opera d'arte avveniristica dell'architetto Massimiliano Fuksas ammirata oltreconfine e che attualmente viene ritenuto il centro congressi europeo di maggior prestigio.

Matteo Piovella
Presidente SOI

TIMOGEL

Il betabloccante di riferimento in monoterapia ed associazione

Depositato pressoll'AIFA in data 13/02/2018

Efficace in monosomministrazione[1,2]

Elevata tollerabilità[3,4]

Senza conservante[2]

Rimborsato 100% SSN

1. L. Quaranta et al. Circadian Intraocular Pressure and Blood Pressure Reduction With Timolol 0.5% Solution and Timogel 0.1% in Patients With Primary Open-Angle Glaucoma. J Clin Pharmacol 2012; 52: 1552-7;
2. RCP prodotto;
3. P. Frezzotti et al. In vivo confocal microscopy of conjunctiva in preservative-free timolol 0.1% gel formulation therapy for glaucoma. Acta Ophthalmologica 2014; 92: e133-40;
4. H. Uusitalo et al. Efficacy and systemic side-effects of topical 0.5% timolol aqueous solution and 0.1% timolol hydrogel. Acta Ophthalmol Scand 2005; 83(6): 723-8.

NON SOSTITUIBILE

CLASSE	PREZZO AL PUBBLICO	FORNITURA
A	€ 12,12	RR

RCP Timogel

0% CONSERVANTI

Théa
Driving innovation

SOI Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
Ente morale - Dal 1869 a difesa della vista

PACCHETTO PRIVACY

UN INSIEME DI SERVIZI UNICI ELABORATI PER LE ESIGENZE DELLO STUDIO MEDICO

CERSOI
CERTIFICAZIONE SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA

SOI, sempre attenta alle esigenze e alle necessità dei propri associati nonché alle normative vigenti, ha elaborato in partnership con una Società di consulenza specializzata e una primaria compagnia assicurativa un insieme di servizi "Pacchetto GDPR-Privacy", finalizzato a fornire ai soci gli strumenti necessari per ottemperare a quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati.

Per informazioni contattare la segreteria SOI
06 4464514
segreteria@sedesoi.com

Il valore aggiunto:

- **Servizio di consulenza** finalizzato a fornire indirizzo e supporto operativo, al fine di progettare, realizzare, attuare e applicare il sistema per la gestione e la protezione dei dati personali.

- **Polizza assicurativa Cyber risk** contro attacchi informatici, fornisce garanzia di responsabilità civile e indennizzo diretto all'assicurato

Assicuratore LLOYDS
– Assistenza legale informatica 24 h
– Danni a terzi da attacco cyber
– Costi di notifica a terzi, obbligatori per il GDPR 679/2016
– Cyber estorsione

- **Attestazione Cersoi** di ottemperanza ai requisiti stabiliti, secondo un disciplinare accuratamente elaborato. Processo di validazione a cura dell'ente di certificazione di SOI.

- **Assistenza per il continuo adeguamento** agli obblighi per eventuali cambiamenti interni del modello organizzativo dello studio o modifiche normative.

Conferenza stampa SOI: un successo che perdura

Si è svolta a Milano, mercoledì 21 novembre l'annuale conferenza stampa rivolta ai giornalisti delle testate nazionali.

L'incontro, come di consueto, è stato l'occasione per illustrare alla stampa presente le tematiche che saranno oggetto del Congresso Nazionale e approfondire gli argomenti che ai giornalisti stanno più a cuore. Tante le domande rivolte ai presenti, Presidente, Segretario e Consiglieri che sono proseguite anche successivamente a tavola, durante il media dinner.

L"incontro della SOI si conferma sempre come l'evento "stampa" più gremito. Infatti se alle consuete conferenze stampa i giornalisti partecipano per un massimo di 20, all'evento SOI superano sempre quota 100. **I giornalisti presenti sono stati 112.**

Molta soddisfazione tra i partecipanti che hanno lasciato la sala al termine della serata appagati delle risposte ottenute dai medici oculisti presenti ai tavoli, che con gentilezza e pazienta tra un piatto e l'altro hanno esaudito tutte le richieste.

SOI Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
Ente morale - Dal 1869 a difesa della vista

150 Società Oftalmologica Italiana SOI 1869 • 2019

SOI – Società Oftalmologica Italiana: 150 anni a tutela e difesa della vista

Si celebra quest'anno una ricorrenza importante: era in fatti il 1869 quando fu fondata la SOI, la prima tra le società scientifiche medico specialistiche del nostro Paese. Da allora il progresso della clinica oculistica e della tecnologia è stato enorme, decisivo negli ultimi 40 anni. Oggi l'obiettivo più importante è quello di rendere questi benefici disponibili per tutti

A colloquio con Matteo Piovella, Presidente SOI

"Centocinquant'anni, sono un tempo lunghissimo: la SOI è stata la prima società medico scientifica di specialità a essere fondata nel nostro Paese e la terza in Europa, perché ha seguito di soli pochi anni le società fondate dai colleghi belgi e tedeschi", ha esordito il dottor Piovella."È un traguardo importante e verrà celebrato efficacemente per un anno intero, coinvolgendo le massime Autorità Istituzionali e Religiose, per rilanciare la centralità della salvaguardia della Vista, oggi più che mai necessaria. Dopo il 98° Congresso Nazionale SOI di novembre, l'evento di riferimento sarà congresso Internazionale di maggio 2019, che si terrà nella splendida cornice della celebre Nuvola di Fuksas, a Roma". Al di là del primato cronologico, questa ricorrenza è l'occasione per riportare l'attenzione su una realtà qualificata ed importante della medicina italiana, che da un secolo e mezzo rappresenta il punto di riferimento per tutti i 7000 Medici Oculisti, e non solo, a garanzia del livello di qualità delle prestazioni oftalmologiche messe a disposizione dei Pazienti. "La SOI è un Ente Morale, giuridicamente riconosciuto, che per indicazione dello Statuto, vigila sulla qualità delle prestazioni oculistiche erogate ai cittadini organizzando le Linee Guida necessarie per la miglior gestione delle differenti malattie dell'occhio", ha aggiunto il dottor Piovella. "Si tratta di una responsabilità importante, considerando che i 7000 oculisti italiani, ogni anno, salvano la vista a 1.300.000 persone. La SOI è stata promotrice e protagonista dello straordinario progresso delle terapie mediche e chirurgiche che si sono evolute negli ultimi 100 anni. Negli ultimi 40 anni il progresso tecnologico ha portato una trasformazione nella pratica clinica e chirurgica dell'oculistica che non ha eguali in altre specialità: un caso esemplare, che non mi stancherò mai di ripetere, è quello della chirurgia della cataratta", ha aggiunto il dottor Piovella. "Quando ho iniziato la professione di chirurgo, i risultati era scarsi o addirittura quasi nulli in termini di efficacia, e la sicurezza

era ancora molto lontana: ora siamo nella condizione di operare 650.000 pazienti con un margine di sicurezza adeguato e gratificante, e l'intervento corregge i difetti di vista, restituendo – caso unico tra tutti gli interventi chirurgici – una capacità visiva di alta qualità che più della metà dei pazienti non aveva mai sperimentato prima. Con molto rispetto possiamo affermare che oggi siamo capaci di migliorare e di molto la vista che ci ha regalato il buon Dio. La chirurgia della cataratta sta vivendo un paradosso tutto italiano: il risultato oggi ottenibile è indiscutibile ed è apprezzato da tutti, ma purtroppo non ne può usufruirne la stragrande maggioranza dei pazienti. Per motivi organizzativi e di carenze di budget, il sistema sanitario italiano prevede un rimborso non sufficiente a sostenere il continuo aggiornamento medico chirurgico che si è fermato in oculistica ai primi anni duemila. Le nuove tecnologie capaci dei miglioramenti straordinari della vista prima descritti sono utilizzabili solo in alcune realtà del settore privato, in regime di solvenza. "Questo ci mette in grande difficoltà, perché eticamente e professionalmente siamo chiamati a garantire le migliori cure a tutti, ma non abbiamo la possibilità di poterla applicare nel Sistema Sanitario Nazionale che effettua il 85% della chirurgia", ha sottolineato il dottor Piovella. "L'importo del rimborso DRG per l'intervento di cataratta è totalmente insufficiente, ha un importo prestabilito fisso che non permette di comperare nulla in più rispetto quanto speso nel passato. Quindi quando fortunatamente la cura migliora, utilizzando ad esempio i nuovi cristallini ad alta tecnologia, non si ha un solo euro in più per acquistarli e tutti sanno che le cose migliori ed innovative costano ovviamente di più. Incredibilmente non è stata prevista l'opportunità di aggiornare gli importi adatti a mantenere sempre il massimo livello di cura". La situazione è molto penalizzata dalla mancanza d'informazione del cittadino, che nonostante le impegnative regole sulla privacy e sul consenso informato, è tenuto all'oscuro circa le opportunità esistenti e soprattutto nei confronti dei propri diritti. "La SOI comprende che questo stato di cose sia determinato dalle ristrettezze finanziarie di un sistema antico oggi incrisi in tutto il mondo, ma bisogna responsabilmente agire alla luce del sole, per permettere al paziente di scegliere secondo il suo diritto sancito nella Costituzione", ha aggiunto il presidente della SOI. "Purtroppo si va nella direzione opposta: non solo si propone un intervento non aggiornato come se non ci fossero altre alternative, ma nella Regione Lazio è in fase di promulgazione una legge che impedisce di effettuare l'intervento di cataratta nel settore privato: un modo speciale per eliminare una concorrenza di qualità e per questo molto scomoda. Altre inadeguatezze normative, che io considero dei veri e propri errori, riducono la possibilità di cura nei confronti dei Pazienti affetti da importanti malattie degli occhi alcune di grandissimo impatto e per questo considerate "sociali". "Voglio evidenziare due situazioni critiche: la prima riguarda le iniezioni intravitreali per la degenerazione maculare che, per una norma assurda, possono essere effettuate solo in ospedale e non da ognuno dei 7000 oculisti italiani, come sarebbe indicato e come si fa in tutto il mondo. Il pessimo risultato ottenuto nel nostro Paese certifica che si effettuano solo 300.000 iniezioni all'anno rispetto al milione e centomila del Regno Unito, della Francia e della Germania", ha continuato il dottor Piovella. "L'altra grave mancanza è l'impossibilità di ottenere in sala operatoria l'assistenza anestesiologica necessaria, possibile solo se effettuata da un Medico Anestesista Specialista, per tutti gli interventi di chirurgia oculistica. Stiamo lavorando incessantemente da anni per ripristinare sicurezza e buon senso: oggi esiste una nuova attenzione da parte del Ministero della Salute e questo lo dobbiamo considerare di buon auspicio per il prossimo futuro. La SOI continua dunque la sua ferma e consapevole azione affinché le normative siano adeguate ed armonizzate alle nuove necessità cliniche. E questo richiede un cambio di marcia e una nuova positiva percezione, perché troppo spesso l'importanza, il valore e l'impatto sociale

delle cure oculistiche viene poco considerato e spesso sottovalutato. “C’è la falsa convinzione, in una parte rilevante della popolazione, che la cecità o le Persone che vedono in modo penalizzante ed inadeguato siano ormai una triste realtà degli anni passati. Purtroppo non è così: si prevede che entro il 2050 le persone cieche aumenteranno di tre volte con un impatto ed una responsabilità sociale enorme” ha concluso Piovella. “Per questo noi dobbiamo essere lungimiranti, perché curare adeguatamente gli occhi per salvaguardare la vista ha un valore inestimabile ed evita che una persona diventi cieca. Anche se le prospettive a lungo termine interessano meno i politici, che preferiscono risultati immediati per potersi ingraziare i propri elettori e così essere di nuovo rieletti. Dobbiamo positivamente rivalutare il valore della visita oculistica quale unico strumento adeguato a tutelare la vista delle Persone. Molti ritengono che oggi non sia necessario sottoporsi a controlli regolari e sostengono la validità dell’auto controllo o il ricorso a manovalanza inadeguata ed impreparata perché risulta a volte di più facile accesso. Nulla di più sbagliato, soprattutto quando a farne le spese sono i bambini che tutti insieme abbiamo l’obbligo di proteggere e tutelare. Purtroppo fa parte della cultura sbagliata di questo Paese il ritenere che l’esperienza e la professionalità del Medico oggi non sia più necessaria a vantaggio di soluzioni di livello inferiore e senza nessuna garanzia di efficacia e sicurezza. La maggior parte delle Persone si fa “controllare” periodicamente dall’ottico, che non essendo Professione Sanitaria e quindi totalmente impreparato non dovrebbe mai parlare di salute o di cure degli occhi”. Ma soprattutto proteggiamo tutti i bambini: sono soggetti deboli e meritano tutto il nostro appoggio. Per questo è stata lanciata la campagna la Vista ti salva la Vita, dedicata a chi non si è mai sottoposto a visita oculistica: 30.000 visite oculistiche specialistiche messe a disposizione dei Cittadini che i Medici Oculisti effettueranno negli studi privati per ribadire l’importanza della Visita Oculistica. Un regalo del valore di tre milioni di euro a vantaggio di tutti. Perché la Vista è molto importante”.

Uno spiraglio per la degenerazione maculare

La Degenerazione maculare colpisce 1 persona su 3 dopo gli 80 anni ma qual è la sua eziopatogenesi ? Questa domanda è rimasta finora senza risposta. Ma le conoscenze sui fattori causali di questa degenerazione cronica e progressiva della macula, la regione centrale, della retina, deputata alla visione nitida ha fatto un primo, decisivo passo in avanti grazie a una ricerca condotta dal gruppo del professor Teresio Avitabile, Segretario della SOI e Direttore della Clinica Oculistica, Azienda Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania. Lo studio ha infatti portato alla scoperta di una molecola, chiamata IGF-1, che si trova espressa ad alti livelli non solo nelle fasi avanzate della forma neovascolare della malattia, come già noto, ma anche nelle forme incipienti. In prospettiva, il risultato potrebbe aprire la strada a un possibile trattamento che abbia come bersaglio proprio la IGF-1.

Si apre uno spiraglio per coloro che soffrono di degenerazione maculare senile, una grave d invalidante patologia che colpisce 1 soggetto su 3 dopo gli 80 anni e non fa distinzione di sesso. L'IGF-1 è un ormone proteico prodotto dal fegato molto simile all' insulina che riveste un ruolo particolarmente importante durante la crescita del bambino perché lega la sua azione a quella dell'ormone della crescita, ha esordito il prof. Avitabile, a capo dell'equipe che ha condotto un nuovo studio e Segretario della SOI. Tuttavia, conserva una funzione importante anche durante l'età adulta: la sua principale attività è quella di promuovere la proliferazione e la differenziazione cellulare. Il primo passo verso la comprensione di un possibile ruolo di questo ormone nell'insorgenza delle malattie è stato compiuto da alcuni studi condotti in passato, che hanno evidenziato una correlazione tra elevati livelli ematici di IGF-1 e diverse patologie tumorali e malattie dell'invecchiamento. E tra queste ultime è compresa la degenerazione maculare. La degenerazione maculare rappresenta attualmente la principale causa di cecità o di ipovisione nella popolazione generale, sottolinea il prof. Avitabile e mi preme ricordare che tra tutte le patologie correlate all'invecchiamento, la generazione maculare è quella in cui l'età ha, statisticamente un ruolo fondamentale. È infatti il fattore di rischio con il maggior peso, cioè in altre parole quella in cui la correlazione con l'età è la più elevata in assoluto.

Moltissimi studi in passato hanno cercato di scoprire fattori legati alla patogenesi di questa malattia, ma senza successo. L'eziopatogenesi della malattia è sostanzialmente sconosciuta: sappiamo solo che c'è una fortissima componente genetica e che alla sua insorgenza concorrono anche molti fattori ambientali, ha aggiunto il prof. Michele Reibaldi sempre della Clinica Oculistica Azienda Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania. È per questo motivo che attualmente l'unica terapia disponibile per la degenerazione maculare ha come obiettivo quello di rallentare la degenerazione, non certo quello d'incidere sui fattori causali. Le cose potrebbero presto cambiare grazie alla scoperta di una correlazione inattesa tra degenerazione maculare e IGF-1. Era già noto, grazie ai risultati di alcune ricerche, che la forma neovascolare della degenerazione maculare si associa a elevati livelli di IGF-1 all'interno dell'occhio, ma si pensava che fosse una conseguenza della formazione di nuovi vasi sanguigni che caratterizza questa forma di malattia, ha aggiunto il prof. Avitabile. Nel nostro recente studio, abbiamo approfondito la questione considerando ancora una volta pazienti con stadi avanzati di malattia, ma li abbiamo confrontati con pazienti affetti da malattia di recente insorgenza e con controlli sani: dall'analisi è emerso che la IGF-1 è iper-espressa anche nelle forme iniziali di malattia. Anche se non è ancora nota la causa di questa correlazione, il risultato in via di pubblicazione, suggerisce un ruolo della molecola fin dalle fasi iniziali di malattia. È la prima volta che viene individuata un'alterazione di una molecola sistemica associata alla degenerazione maculare, ha concluso il prof. Reibaldi. Questo alimenta la speranza di poter contrastare lo sviluppo della malattia diminuendo i livelli di IGF-1, o con un intervento dietetico o, in prospettiva, con un farmaco.

Occhio secco: diagnosi e trattamento sono appannaggio dello specialista oftalmologo

Una diagnosi formulata da figure incompetenti improvvisate può peggiorare il decorso di questo disturbo della superficie oculare molto diffuso tra la popolazione. La terapia è basata sul controllo dell'infiammazione, sulla riattivazione delle ghiandole che secernono la componente grassa delle lacrime e sui sostituti lacrimali.

Intervista al Prof. Pasquale Troiano

Direttore Unità Operativa Complessa di Oculistica – Ospedale Fatebenefratelli di Erba
Consigliere SOI – Presidente del Comitato Tecnico Scientifico SOI

Bruciore, sensazione di corpo estraneo, vista offuscata: sono questi i sintomi dell'occhio secco, un disturbo molto diffuso e spesso trascurato. "L'occhio secco è, insieme alla cataratta, una delle ragioni più frequenti di visita medica oculistica: è una condizione molto diffusa, con un rischio d'insorgenza che aumenta con l'avanzare dell'età, e che colpisce in prevalenza soggetti di sesso femminile", ha esordito il professor Troiano. "È bene ricordare a tutti coloro che ne soffrono di non lasciarsi ingannare dalla sintomatologia ad andamento ciclico, che alterna fasi di fastidio più intenso a fasi di remissione: l'occhio secco è una patologia cronica e con una un sintomatologia ingravescente, a cui si associa sempre un quadro infiammatorio che, se non trattato, determinerà un'alterazione sempre più grave della superficie oculare". Un punto da tenere fermo è dunque che l'occhio secco dev'essere adeguatamente diagnosticato e trattato dal medico specialista oculista. "Anche la diagnosi di occhio secco, come per tutte le malattie, si basa sull'anamnesi mirata a individuare condizioni sistemiche, uso di farmaci e abitudini che possono essere correlate a questa sindrome. Dopo l'inquadramento anamnestico la valutazione del quadro clinico e gli esami strumentali permettono di giungere a una diagnosi di certezza" ha spiegato il professor Troiano. "I dati anamnestici sono preziosissimi anche per l'impostazione della terapia. Purtroppo però, molti pazienti giungono al medico oculista dopo essere passati, se va bene, dal farmacista e, se va male, dall'ottico. Spesso sono già in trattamento con prodotti inadeguati e senza un minimo controllo dei fattori sistemici e dell'infiammazione". L'effetto complessivo di questo accesso improprio alla diagnosi e al trattamento dell'occhio secco, è che il disturbo in molti pazienti si trascina nel tempo senza provvedimenti realmente utili. "L'approccio al trattamento dell'occhio secco al di fuori del percorso medico oculistico è la causa principale delle forme gravi di occhio secco che spesso vediamo nelle visite oculistiche", ha sottolineato il professor Troiano. "Ricordo

anche che la sindrome dell'occhio secco può avere conseguenze significative per altre condizioni oculari: per esempio, può portare a un errore di calcolo nelle misurazioni che gli oculisti eseguono per individuare il cristallino artificiale dei soggetti che devono sottoporsi a intervento di cataratta con esiti - sul piano del risultato visivo - che possono essere poco soddisfacenti. La sindrome dell'occhio secco è una condizione che è bene non trascurare. Rivolgendosi al medico oculista è possibile accedere alle cure più efficaci. "Come abbiamo già ricordato, l'infiammazione della superficie oculare accompagna sempre la sindrome dell'occhio secco; pertanto è indispensabile impostare una terapia sia sistemica (omega 3) sia locale (colliri cortisonici a scarsa penetrazione) che controlli adeguatamente l'infiammazione ha specificato il professor Troiano. "Non tutti gli omega 3 hanno effetti sui processi infiammatori e non tutti i cortisonici sono adatti al trattamento dell'occhio secco, così come è necessario per questi farmaci, una corretta impostazione dei dosaggi e delle somministrazioni che può fare solo un medico oculista". Ultimamente poi si sono rese disponibili nuove terapie per stimolare la produzione di lacrime. "Uno degli approcci terapeutici più recenti ha come bersaglio le ghiandole di Meibomio, che hanno il compito di secernere la componente lipidica, cioè grassa, delle lacrime, quella che impedisce al film lacrimale di evaporare", ha concluso il professor Toiano. "Queste ghiandole tendono a funzionare in modo meno efficiente con l'avanzare dell'età e in particolari condizioni ormonali, per esempio nella menopausa; è possibile intervenire con l'applicazione di apposite 'conchiglie' che hanno lo scopo di riscaldare e di comprimere le ghiandole: con l'aumento della temperatura, questa componente grassa si scioglie, diventa più fluida, e con la compressione si migliora la secrezione".

Cheratocono, terapia sempre più efficace e sicura

Il cross-linking, terapia di elezione per questa affezione oculare che consiste nella deformazione della cornea, può ora essere effettuato senza la rimozione chirurgica dell'epitelio, a tutto vantaggio della sicurezza e della tollerabilità. Rimane però l'ostacolo di un'incongruenza della norma sulla rimborsabilità della prestazione

Una delle affezioni oculari che ha ricevuto scarsa attenzione da parte dei media è sicuramente il cheratocono, ovvero la deformazione progressiva della cornea, che si assottiglia e si allunga verso l'esterno. L'occasione per parlare di questa patologia è offerta ora dalla disponibilità di una terapia efficace e molto ben tollerata, nota come cross linking."Il cheratocono è una patologia della cornea geneticamente determinata, ma può insorgere anche come complicanza della chirurgia refrattiva (in questo caso la chiamiamo ectasia) - spiega il Prof. Pasquale Troiano, Direttore Unità Operativa Complessa di Oculistica - Ospedale Fatebenefratelli di Erba e Consigliere SOI - Presidente del Comitato Tecnico

Scientifico SOI; è come se la cornea diventasse un po' più debole, strutturalmente meno resistente: da qui ha origine la sua deformazione", ha spiegato il professor Troiano. "La tecnica del cross linking, come dice la denominazione inglese stessa, ha lo scopo di stringere più tenacemente le maglie che tengono insieme il tessuto della cornea: questo intervento consente di irrigidire la struttura corneale, rendendo così più difficile la sua deformazione". Per mettere a punto questa tecnica, gli oftalmologi si sono ispirati ai processi naturali. "Il fenomeno di irrigidimento della corna si verifica in modo fisiologico quando la cornea è esposta alla luce solare", ha aggiunto il professor Troiano. "Nel cross linking, la cornea viene preliminarmente imbibita di una sostanza, la riboflavina, che ha lo scopo in parte di proteggere la cornea e in parte di catturare meglio la luce con cui la cornea viene successivamente irradiata: utilizzando una fonte luminosa ultravioletta, è come se si facesse l''abbronzatura' alla cornea, che in questo modo diventa decisamente più dura e rigida". La tecnica del cross linking non è in realtà una novità assoluta, ma recentemente ha subito un perfezionamento decisivo. "Inizialmente, veniva eseguita in modo più aggressivo, rimuovendo chirurgicamente l'epitelio corneale", ha sottolineato il professor Troiano. "L'evoluzione recente è rappresentata dal fatto che oggi, grazie alle nuove tecnologie di produzione della riboflavina e all'impiego di particolari sistemi illuminanti, è possibile praticare il trattamento senza rimuovere l'epitelio, quindi senza dolore, senza anestesia e senza particolari rischi: più nello specifico, si è ridotto in modo decisivo il rischio d'infezione a cui il paziente è esposto, anche in misura minima, con la rimozione dell'epitelio; insomma, l'intervento è diventato più sicuro e tollerabile per il paziente". C'è però da segnalare ancora una volta un problema burocratico che impedisce spesso la corretta erogazione della prestazione chirurgica. "Nell'attuale normativa riguardante - continua Troiano - il rimborso da parte del Sistema sanitario nazionale nelle sue varie declinazioni regionali c'è un'evidente incongruenza: sono ammesse le prestazioni di cross linking solo se viene dimostrata la progressione della malattia; ma le evidenze cliniche dimostrano che non esiste il cheratocono che non evolve", ha puntualizzato il professor Troiano. "Dunque l'indicazione è di iniziare il trattamento non appena viene posta la diagnosi di cheratocono: se invece si aspettano 3-6 mesi per ripetere gli esami strumentali per dimostrare la progressione di malattia, come vogliono le norme per il rimborso, si perde solo tempo, perché il cheratocono non può che essere peggiorato".

Allergan raccomanda per motivi precauzionali il ritiro di OZURDEX 700®

Il provvedimento è valido solo per alcuni specifici lotti dove il difetto di qualità interessa unicamente il 4% degli applicatori

Caro Collega,

l'Allergan Pharmaceuticals Ireland durante un controllo routinario di produzione ha riscontrato la presenza di una particella di silicone di circa 300 micron di diametro negli impianti di OZURDEX erogati dall'applicatore, in particolare dal manicotto in silicone dell'ago.

Pertanto in accordo con l'Agenzia Europea (EMA) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) alcuni lotti di OZURDEX , con una percentuale di unità difettose che oscilla tra il 2% al 4% del totale, sono in fase di ritiro dal mercato europeo.

Tutte le direzioni di Farmacie ospedaliere e gli oculisti ospedalieri sono stati immediatamente ed opportunamente informati dell'accaduto e ad esse è stata fornita la lista dei Lotti impattati da difetto di produzione, ed una nota informativa importante.

Per i lotti in cui non è stato identificato alcun difetto di qualità non è raccomandato alcun ritiro.

Le revisioni periodiche di sicurezza del prodotto OZURDEX®, in oltre 1.5 milioni di unità distribuite in tutto il mondo, **non mostrano un rischio di eventi avversi associato con questo difetto di qualità.**

La presenza di una particella sulla superficie dell'impianto **non influenza l'efficacia e la sicurezza di OZURDEX®**. Il silicone è un materiale stabile, inerte e **comunemente utilizzato in alcuni dispositivi e terapie oftalmiche.**

Allergan con tempestività, nel rispetto totale delle regole, ha gestito questa fase delicata ed ha già messo in atto un piano d'azione mirato ad escludere la presenza della particella in silicone e potrà fornire un aggiornamento sulla disponibilità del prodotto entro il mese di ottobre.

Matteo Piovella
Presidente SOI

Rinnovo iscrizione SOI 2019: le nuove quote

Caro Socio,
ti ricordiamo che già in occasione del 98° Congresso Nazionale SOI è possibile effettuare il rinnovo della quota associativa SOI 2019.

Le nuove QUOTE 2019:

Socio Benemerito Sostenitore	700 euro
Socio Ordinario	550 euro
Socio Specializzando/medico frequentatore	250 euro
Socio Oftalmologo straniero	250 euro

Dopo il 31/01/2019 sarà possibile rinnovare la propria adesione esclusivamente con la quota di socio benemerito sostenitore (euro 700).

COSA È INCLUSO NELLA QUOTA SOI

- **estensione fino a 3.000.000 euro** in eccesso a una copertura assicurativa già in essere pari ad almeno 2.000.000 euro, **per un totale di 5.000.000** di euro di copertura con la polizza primo rischio
- **polizza di tutela legale penale** con un massimale di 30.000 euro
- **supporto da parte del Comitato Tecnico Scientifico per lo studio della Responsabilità Professionale in Oftalmologia** che analizza le problematiche inerenti l'esercizio dell'attività oculistica
- **ingresso gratuito** ai Congressi SOI
- **Relazione Ufficiale SOI on line e Quaderni di Oftalmologia on line**
- **percorso FAD gratuito**
- **abbonamento** annuale all'**European Journal of Ophthalmology on line** *(su richiesta disponibile versione cartacea)*
- **abbonamento Notiziario SOI**
- **adesione ad A.S.M.O.O.I.**, Associazione Sindacale Medici Oculisti e Ortottisti Italiani
- **Trova Oculista** un servizio che SOI mette a disposizione dei soci e dei pazienti.

Grazie mille a tutti per aver fatto grande la SOI.

Matteo Piovella
Presidente SOI

I nostri occhi non sono nati per gli schermi

SYNC

III

Le lenti Sync III sì.

Trascorriamo 8-10 ore al giorno su schermi digitali e in attività a distanza ravvicinata. Ciò può causare disturbi come occhi stanchi, irritati e visione offuscata.

Le nuove lenti Sync III sono progettate per ridurre e prevenire l'affaticamento visivo digitale grazie alla zona potenziata per vicino in tre varianti per esigenze visive specifiche. Una grande opportunità per distinguere il centro ottico.

HOYA

hoyavision.it

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2019

SOTTOSCRIZIONE ASSICURAZIONE SOI

Caro Socio,
ti ricordiamo che già in occasione del 98° Congresso Nazionale SOI è possibile rinnovare la tua adesione alla polizza di primo rischio SOI riservata ai soci SOI.
I premi della polizza primo rischio sono rimasti invariati e sono i seguenti:

cod.	qualifica dell'Aderente	PREMIO ANNUALE DAL 31/12/2018 AL 31/12/2019
01	Medico specializzando	334,00
02	Medico dipendente e/o Libero Professionista che non svolge attività chirurgiche. Esclusa la responsabilità da atti invasivi o chirurgici.	656,00
03	Medico dipendente: - è compresa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici svolti in intramoenia anche allargata - è compresa l'attività ambulatoriale effettuata in extramoenia - è esclusa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici svolti in extramoenia/libera professione	2.093,00
04	Medico Libero Professionista o Dipendente che svolge attività chirurgica sia come dipendente che come libero professionista. In questa opzione sono compresi gli atti invasivi o chirurgici. È esclusa la responsabilità da atti con finalità estetica.	2.783,00
05	Medico che svolge atti invasivi o chirurgici anche per finalità estetiche. Con esclusione del mancato risultato.	4600,00
SOI SMART	Estensione RC Professionale e RC verso Terzi e verso Prestatori di Lavoro al Centro Oftalmologico non chirurgico	600,00
SOI PLUS	Estensione RC Professionale e RC verso Terzi e verso Prestatori di Lavoro al Centro Oftalmologico chirurgico	3.000,00

Al fine di adeguarsi alla legge e rispettare le innovative discipline (vedi comunicato precedente), è divenuto indispensabile attribuire alla A.S.M.O.O.I. (Associazione Sindacale dei Medici Oculisti e Ortottisti Italiani) le operatività relative ai servizi assicurativi che interessano gli oculisti italiani: un cambiamento formale che consente di eliminare qualsiasi penalizzazione inerente al ruolo primario che la SOI svolge nei vari settori di propria responsabilità.

Da anni, la SOI ha condiviso con A.S.M.O.O.I. la tutela dei diritti degli oftalmologi e degli ortottisti e grazie a questa positiva esperienza, virtuosamente, per il futuro, organizzerà quanto necessario per fronteggiare e risolvere le istanze derivanti dalla responsabilità professionale ivi compresi, ovviamente, gli aspetti assicurativi.

La polizza di primo rischio SOI, riservata ai soci, ha:
– massimale di 2.000.000 euro
– retroattività ILLIMITATA
– cadenza fissa al 31/12 di ogni anno
– copertura totale (colpa lieve e colpa grave)
– nessuna franchigia
– indisdettabilità del singolo socio dalla polizza in caso di sinistro
– copertura, oltre che dei danni a persone e cose, anche delle perdite patrimoniali cagionate a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale
– difese tecnico-legali con competenze specifiche nell'ambito della responsabilità professionale del Medico a disposizione dell'Assicurato in caso di sinistro
– possibilità di sottoscrivere una garanzia «postuma» di 5 anni dalla cessazione dell'attività
– la copertura è prestata dalla compagnia di assicurazioni AM Trust.

Ti illustriamo brevemente anche **tutti i vantaggi e le caratteristiche dell'iscrizione** alla SOI necessaria per accedere alla polizza primo rischio che potrai rinnovare già in sede congressuale:
– estensione fino a 5.000.000 euro in eccesso a una copertura assicurativa già in essere pari ad almeno 2.000.000 euro
– polizza di tutela legale penale con un massimale di 30.000 euro
– supporto da parte del Comitato Tecnico Scientifico per lo studio della Responsabilità Professionale in Oftalmologia che analizza le problematiche inerenti l'esercizio dell'attività oculistica
– ingresso gratuito ai Congressi SOI
– relazione Ufficiale SOI on line e Quaderni di Oftalmologia on line
– percorsi FAD gratuiti
– abbonamento annuale all'European Journal of Ophthalmology on line (su richiesta disponibile versione cartacea)
– abbonamento Notiziario SOI
– adesione ad A.S.M.O.O.I., Associazione Sindacale Medici Oculisti e Ortottisti Italiani
– Trova Oculista un servizio pubblico che SOI mette a disposizione dei soci e dei pazienti

Per questo motivo insieme alla Segreteria SOI ed ai nostri consulenti siamo, come sempre, a tua disposizione per fornirti ogni informazione e delucidazione sul punto.

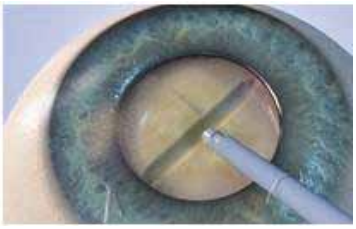
Grazie mille a tutti per aver fatto grande la SOI.

Matteo Piovella
Presidente SOI

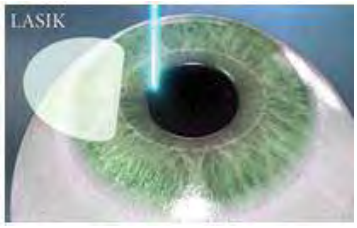
VIDEOTECA SOI iAnimation

Gentile Collega,
la Società Oftalmologica Italiana ha attivato il progetto SOI iAnimation.
Si tratta di una linea prioritaria di contatto interattivo, resa disponibile per ogni singolo socio SOI.
SOI iAnimation è disponibile all'interno della piattaforma SOI iHospital, raggiungibile seguendo le istruzioni sul link: https://soiweb.com/soivision/iPhotoGraph.php
Sotto si possono vedere i cinque video professionali realizzati dal nostro team di esperti. Ogni video può essere scaricato dal Socio e utilizzato quale ausilio interattivo per informare meglio i pazienti. Un ringraziamento a Dario Severino e Aris Dendramis: senza la loro straordinaria capacità e dedizione non sarebbe stato possibile realizzarli.
Buona visione a tutti!

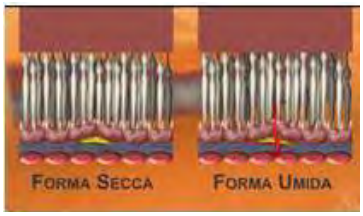
Matteo Piovella
Presidente SOI



CATARATTA
https://vimeo.com/257157254



CHIRURGIA REFRATTIVA
https://vimeo.com/275991602/46cd81cacb



DMLE
https://vimeo.com/262532807/658ed784634

GLAUCOMA
https://vimeo.com/284971390/406d3bb1d8

INIEZIONI INTRAVITREALI
https://vimeo.com/266393384/3bf0033efd

eidon Fa

True Color Confocal Scanner

L'evoluzione della Fluorangiografia

FLUORESCEIN ANGIOGRAPHY | VIDEO | TRUECOLOR | INFRARED | AUTOFLUORESCENCE | RED FREE

Eidon FA combina l'acquisizione di foto e video **Ultra HD** ad **ampia apertura di campo** nel primo e unico sistema di fluorangiografia **completamente automatico**.

Visita il Booth CenterVue n° **73**

SOI 2018

centervue CenterVue S.p.A. | Via San Marco 9h, 35129 Padova, Italy | Tel.. +39 049 501 8399 | www.centervue.com | info@centervue.com

Bocciato l'utilizzo del "cronometro in sala visita" dal TAR del Lazio

a cura di Raffaele La Placa e David Teppati

Il TAR Lazio pone uno stop alle visite mediche con il cronometro; con la sentenza n. 06103/2018 viene infatti annullato il decreto della Regione Lazio che aveva adottato "il tempario regionale di riferimento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali individuate come critiche". Con il tempario la Regione Lazio si prefiggeva il fine di fissare la durata massima di ogni singola prestazione sanitaria riguardante ben 63 esami o visite specialistiche.
La decisione del TAR si fonda su tre motivi.
Il primo è rappresentato dalla considerazione che, a mente dell'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992, in subiecta materia sussiste una riserva di regolamentazione pattizia, ragion per cui *"eventuali modifiche al sistema riguardante numero e durata delle prestazioni erogabili dovrebbero dunque essere unicamente riservate alla contrattazione collettiva tra la competente amministrazione di settore da un lato e le categorie professionali maggiormente rappresentative dall'altro lato".* Metodo questo ovviamente non utilizzato nella fattispecie oggetto di giudizio.
Il secondo motivo è relativo alla violazione dell'art. 27 dell'Accordo Collettivo nazionale di categoria quadriennio 2015, *"nella parte in cui si prevede una determinata autonomia di giudizio, in capo al singolo professionista, circa la congruità del tempo da riservare alle singole visite".* Rammentiamo che l'art. 27 al suo terzo comma prevede che *"il numero di prestazioni erogabili per ciascuna ora di attività è determinato sulla base della tipologia e della complessità della prestazione e, fermo restando che il loro numero è demandato alla valutazione dello specialista ambulatoriale e del professionista, esso non può essere di norma superiore a quattro"*. Ne consegue per il TAR che: "a) la durata effettiva di ogni singola prestazione dipende da "tipologia" e "complessità" del trattamento (esame o visita) da eseguire; b) una siffatta valutazione (sulla durata, ossia, della singola prestazione) è riservata in via esclusiva allo "specialista ambulatoriale".
L'ultimo motivo è afferente alla lesione delle prerogative di autodeterminazione dei singoli specialisti. Il TAR motiva sul punto richiamando il Codice di Deontologia Medica avuto riguardo agli articoli: *"3 (autonomia responsabilità nella diagnosi medica), 4 (secondo cui "L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità"), 6 (secondo cui "Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico professionali sui principi di efficacie e di appropriatezza"), 13 (secondo cui le prescrizioni mediche, oltre ad essere sottoposte ad un processo pienamente autonomo e responsabile da parte del medico, sono non delegabili e debbono "far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico"), 20 (secondo cui la relazione tra medico e paziente è tra l'altro fondata "su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo do cura" e 33 (secondo cui "Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sule eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura."*
Insomma, un secco "no" alle visite a "cronometro" da parte della Giustizia amministrativa, che in conclusione di motivazione giunge financo a suggerire la corretta strada da intraprendere onde diminuire i tempi di attesa da parte dell'utenza, individuandola *"nell'aumento delle risorse umane e strumentali da adibire ad un così delicato settore quale quello della pubblica sanità."*
Vedremo se gli Enti preposti sapranno far tesoro del suggerimento rivoltogli.

ALFA INTES

info@alfaintes.it

Santen entra in una cooperazione strategica con OFF Italia per offrire nuove opzioni di trattamento ai propri clienti in tutta l'area EMEA

OFF Italia S.r.l e Santen SA, la filiale europea di Santen Pharmaceutical Co. Ltd., hanno stipulato un accordo di licenza e fornitura con l'obiettivo di estendere l'offerta delle innovazioni oftalmiche di OFF Italia a più di 30 Paesi in tutta l'area EMEA.
Secondo i termini dell'accordo, OFF Italia, una società italiana fondata nel 2014 da dirigenti esperti nell'ambito oftalmologico, ha concesso a Santen, un'organizzazione globale dedicata al settore oftalmologico da oltre 125 anni, i diritti di commercializzare cinque prodotti dal suo portfolio per la cura degli occhi.
I diritti includono la possibilità di co-sviluppare nuovi prodotti o sviluppare le linee di prodotti esistenti per rispondere in modo flessibile alle esigenze dei pazienti e dei medici. L'obiettivo di questa collaborazione sarà identificare nuove soluzioni terapeutiche e formulazioni innovative con solida efficacia terapeutica e tollerabilità. Ciò consentirà il miglioramento dei risultati all'interno delle seguenti aree:
– patologie retiniche
– disturbi della superficie oculare
– cura degli occhi
– glaucoma
– chirurgia oftalmica.
"Siamo molto lieti di entrare in questa collaborazione strategica con OFF Italia, poiché desideriamo integrare i nostri farmaci soggetti a prescrizione con opzioni di trattamento over-the-counter, in particolare all'interno del portfolio di Santen per la patologia dell'occhio secco." Ha dichiarato Luís Iglesias, Presidente e Responsabile di Santen EMEA. "L'approccio scientifico e orientato al cliente di OFF Italia nello sviluppo di opzioni di trattamento migliorative o nuove è convincente. Sono valori che Santen condivide in larga misura con OFF Italia, con l'obiettivo di soddisfare le esigenze dei nostri clienti."
È bene ricordare che in qualità di azienda specializzata nel settore oftalmico, Santen svolge attività di ricerca, sviluppo, marketing e vendita di prodotti farmaceutici, prodotti da banco e dispostivi medici. L'azienda è da tempo leader di mercato in Giappone per i farmaci oftalmici da prescrizione ed è ora leader nel settore nell'area EMEA (Europa, Medio Oriente e Africa). Con le conoscenze scientifiche e le capacità organizzative consolidate in quasi 130 anni, i prodotti e i servizi Santen ora raggiungono oltre 60 paesi, contribuendo al benessere dei pazienti, dei loro cari e di conseguenza della società.
"OFF Italia era alla ricerca di un partner per commercializzare le proprie soluzioni terapeutiche innovative in Europa e oltre, entrando in una collaborazione strategica di Ricerca & Sviluppo con un importante attore nell'area oftalmica. Siamo lieti di annunciare la partnership con Santen", rivela Alessando Zanini, CEO di OFF Italia.
OFF Italia è un'azienda specializzata nel campo oftalmico e svolge attività di ricerca, sviluppo, commercializzazione e vendita di prodotti oftalmici nel settore oftalmologico. È una giovane azienda italiana nata per iniziativa di un gruppo di professionisti con più di 30 anni di esperienza nell'area oftalmica. Come azienda specializzata si concentra sulle principali aree di patologia oculare come occhio secco, cornea, retina, cura degli occhi e dispositivi para-chirurgici, con obiettivi chiari di sviluppare soluzioni uniche e innovative per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

TIMOGEL

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DI PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE TIMOGEL 1 mg/g gel oftalmico in contenitore monodose **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITTATIVA** 1 g di gel contiene 1 mg di timololo come timololo maleato. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Gel oftalmico in contenitore monodose. Gel opalescente, da incolore a leggermente paglierino. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Riduzione della pressione intraoculare elevata in pazienti con: - ipertensione oculare, - glaucoma cronico ad angolo aperto. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Uso oftalmico. Adulti Il regime di dosaggio raccomandato è **1 goccia di TIMOGEL** 1 mg/g nell'occhio/i interessato/i **una volta al giorno, al mattino.** Anziani Vi è una grandeesperienza sull'uso di timololo collirio nei pazienti anziani. Il dosaggio raccomandato, sopra riportato, rispecchia i dati clinici derivati da questa esperienza. Bambini e adolescenti Non c'è esperienza sull'uso di TIMOGEL 1 mg/g nei bambini e negli adolescenti. Questo gel oftalmico non è quindi raccomandato in tali pazienti. Se l'oculista lo ritiene necessario, **TIMOGEL 1 mg/g può essere associato con uno o più trattamenti antiglaucoma** (somministrazione locale e/o sistemica). Tuttavia, la combinazione di due colliri beta-bloccanti non è raccomandata (vedere paragrafo 4.4). Gli altri colliri devono essere somministrati almeno 15 minuti prima di TIMOGEL 1 mg/g. Il gel oftalmico deve essere l'ultima medicazione instillata. Tuttavia, la risposta a TIMOGEL 1 mg/g può richiedere diverse settimane di trattamento per stabilizzare la pressione intraoculare, perciò il monitoraggio della terapia deve includere la valutazione della pressione intraoculare dopo un periodo di trattamento di circa quattro settimane. Modo di somministrazione Timololo gel oftalmico deve essere instillato nel sacco congiuntivale. Un singolo contenitore monodose contiene una quantità di gel sufficiente per trattare entrambi gli occhi. Da utilizzare una sola volta. *I pazienti devono essere istruiti ad:* - evitare il contatto tra la punta del contenitore e l'occhio o le palpebre, - usare il gel oftalmico subito dopo la prima apertura del contenitore monodose e cestinare il monodose dopo l'uso. Effettuando l'occlusione nasolacrimale o chiudendo le palpebre per 2 minuti, l'assorbimento sistemico è ridotto. Questo può portare ad una diminuzione degli effetti indesiderati sistemici e ad un aumento dell'attivitàlocae.*Sostituzione di una terapia precedente:* Quando TIMOGEL 1 mg/g è utilizzato per sostituire un altro collirio antiglaucoma, quest'ultimo deve essere sospeso dopo aver terminato un dosaggio giornaliero completo, e TIMOGEL 1 mg/g deve essere iniziato il giorno successivo con un dosaggio di una goccia nell'occhio/i interessato/i una volta al giorno, al mattino. Se si intende sostituire una combinazione di trattamenti antiglaucoma con TIMOGEL 1 mg/g deve essere sospeso unsolo medicinale alla volta. Se un medicinale antiglaucoma da sostituire non è un beta-bloccante collirio deve proseguire con tale medicinale e aggiungere una goccia di TIMOGEL 1 mg/gnell'occhio/iinteressato/i una volta al giorno. Dal giorno successivo, deve sospendere completamente la somministrazione del medicinale antiglaucoma precedentemente usato. Quando TIMOGEL 1 mg/g viene utilizzato in sostituzione di un collirio miotico, potrebbe rivelarsi necessaria la valutazione della rifrazione oculare quando l'effetto del miotico scompare. La prescrizione medica deve essere associata al monitoraggio della pressione intraoculare, particolarmente all'inizio del trattamento. **4.3 Controindicazioni** - Ipersensibilità al principio attivo (timololo maleato), o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1, - malattia reattiva delle vie aeree compresa l'asma bronchiale, o una storia di asma bronchiale, o grave malattia polmonare cronica ostruttiva, - bradicardia sinusale, sindrome del seno malato, blocco seno-atriale, di I° e II° grado non controllato con pacemaker, - insufficienza cardiaca conclamata, shock cariogeno, - feocromocitoma non trattato, - distrofie corneali. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego** Come per altri agenti oftalmici per uso topico il timololo maleato è assorbito per via sistemica. A causa del componente beta-adrenergico, il timololo maleato, si possono verificare gli stessi tipi di reazioni avverse cardiovascolari, polmonari e di altro tipo osservate con i beta-bloccanti sistemici. L'incidenza di reazioni avverse sistemiche dopo somministrazione topica oftalmica è inferiore a quella dovuta alla somministrazione sistemica. Per ridurre l'assorbimento sistemico vedere paragrafo 4.2.Come per ogni trattamento contro il glaucoma, si raccomanda di effettuare regolarmente la misurazione della pressione intraoculare e della cornea. Patologie cardiache In pazienti con malattie cardiovascolari (ad es. malattie coronariche, angina di Prinzmetal e insufficienza cardiaca) e ipotensione, la terapia con beta-bloccanti deve essere attentamente esaminata e deve essere considerata la terapia con altri principi attivi. I pazienti con malattie cardiovascolari devono essere monitorati per l'insorgenza di segni di peggioramento di queste patologie o di reazioni avverse. A causa del loro effetto negativo sul tempo di conduzione, i beta-bloccanti devono essere somministrati solo con cautela a pazienti con blocco cardiaco di primo grado. Il dosaggio deve essere ridotto se il ritmo cardiaco scende al di sotto dei 50-55 battiti al minuto a riposo, e se il paziente accusa sintomi correlati alla bradicardia. I beta-bloccanti possono aumentare il rischio di ipertensione da rebound. Patologie vascolari I pazienti con gravi disturbi/malattie circolatorie periferiche (cioè le forme gravi della malattia di Raynaud o sindrome di Raynaud) devono essere trattati con cautela. Feocromocitoma in trattamento Questi pazienti non devono assumere medicinali beta-bloccanti senza ricevere un trattamento concomitante con agenti bloccanti alfa adrenergici. Patologie respiratorie Reazioni respiratorie, tra cui morte per broncospasmo in pazienti con asma, sono stati riportati in seguito a somministrazione di alcuni beta-bloccanti oftalmici. TIMOGEL deve essere usato con cautela in pazienti con malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO) lieve/moderata e solo se il potenziale beneficio supera il rischio potenziale. Ipoglicemia/diabete I beta-bloccanti devono essere somministrati con cautela nei pazienti soggetti a ipoglicemia spontanea o nei pazienti con diabete labile, poiché i beta-bloccanti possono mascherare i segni e i sintomi dell'ipoglicemia acuta. I beta-bloccanti possono anche mascherare i segni dell'ipertiroidismo. Malattie metaboliche Il medicinale deve essere somministrato con cautela in pazienti con acidosi metabolica. Malattie della cornea I beta-bloccanti oftalmici possono indurre secchezza oculare. I pazienti con patologie corneali devono essere trattati con cautela. *Portatori di lenti a contatto* Vi è il rischio di sviluppare intolleranza alle lenti a contatto a causa della riduzione della secrezione lacrimale causata dal beta-bloccante. Il timololo gel oftalmico non è stato studiato in pazienti portatori di lenti a contatto, e pertanto l'utilizzo di lenti a contatto dovrebbe essere evitato durante il trattamento con TIMOGEL.Altri agenti beta-bloccanti L'effetto sulla pressione intraoculare o gli effetti noti del beta-blocco sistemico possono essere potenziati quando il timololo maleato è somministrato ai pazienti che già ricevono un agente beta-bloccante per via sistemica. La risposta di questi pazienti deve essere attentamente monitorata. L'uso di due agenti topici bloccanti beta-adrenergici non è raccomandato (vedere paragrafo 4.5). Reazioni anafilattiche Durante il trattamento con beta-bloccanti, i pazienti con storia di atopia o di gravi reazioni anafilattiche a diversi allergeni possono essere più reattivi al contatto ripetuto con tali allergeni e non rispondere alla dose di adrenalina usata per trattare le reazioni anafilattiche. Distacco della coroide Il distacco della coroide è stato riportato a seguito della somministrazione di terapia che riduce l'umor acqueo (ad esempio timololo, acetazolamide) in seguito a procedura di filtrazione. Psoriasi È stato dimostrato che i beta-bloccanti aggravano la psoriasi, quindi l'utilizzo di questi medicinali in tale condizione va accuratamente valutato. Sospensione della terapia Come con i beta-bloccanti sistemici, se è necessaria l'interruzione della terapia con timololo oftalmico nei pazienti con malattia coronarica, questa deve essere effettuata gradualmente. Pazienti anziani, insufficienza renale e/o epatica Quando questi medicinali sono somministrati per via orale in questi soggetti ad alto rischio, è spesso necessario un aggiustamento del dosaggio. Anestesia chirurgica Le preparazioni oftalmiche contenenti beta-bloccanti possono bloccare gli effetti sistemici dei beta agonisti, ad esempio dell'adrenalina. L'anestesista deve essere avvertito se il paziente è in trattamento con timololo maleato. Sportivi Gli sportivi devono essere avvisati che questo medicinale contiene un principio attivo che può determinare positività ai test antidoping. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione** Nessuno studio specifico di interazione farmacologica è stato eseguito con il timololo maleato. *Sebbene la quantità di beta-bloccanti che passa nella circolazione sistemica dopo instillazione oculare sia bassa, il rischio di interazioni tra medicinali rimane presente. È perciò opportuno tenere in considerazione le interazioni osservate con i beta-bloccanti assunti per via sistemica.* Esiste la possibilità di effetti additivi quali ipotensione e/o bradicardia marcata quando una soluzione oftalmica di beta-bloccanti viene somministrata in associazione con calcio antagonisti orali, agenti beta-bloccanti adrenergici, antiaritmici (incluso l'amiodarone), glicosidi digitalici, parasimpaticomimetici, guanetidina. Un beta-blocco sistemico potenziato (ad esempio riduzione della frequenza cardiaca, depressione) è stato riportato durante il trattamento combinato con inibitori del CYP2D6 (ad esempio chinidina, fluoxetina,paroxetina) e timololo. Occasionalmente è stata riportata midriasi risultante dall'uso concomitante di beta-bloccanti oftalmici e adrenalina (epinefrina). **Combinazioni che non sono raccomandate (vedere paragrafo 4.4) + Bepridil** Disturbi del ritmo cardiaco (eccessiva bradicardia, arresto sinusale), disturbi della conduzione seno-atriale e atrio-ventricolare e aumento del rischio di disturbi del ritmo ventricolare (torsione di punta) così come insufficienza cardiaca. Questa combinazione richiede stretto monitoraggio clinico ed ECG, soprattutto nei soggetti anziani o in quelli che iniziano il trattamento. **+ Diltiazem** Disturbi del ritmo cardiaco (eccessiva bradicardia, arresto sinusale), disturbi della conduzione seno-atriale e atrio-ventricolare e insufficienza cardiaca. Questa combinazione richiede stretto monitoraggio clinico ed ECG, soprattutto nei soggetti anziani o in quelli che iniziano il trattamento. **+ Verapamil** Disturbi del ritmo cardiaco (eccessiva bradicardia, arresto sinusale), disturbi della conduzione seno-atriale e atrio-ventricolare e insufficienza cardiaca. Questa combinazione richiede stretto monitoraggio clinico ed ECG, soprattutto nei soggetti anziani o in quelli che iniziano iltrattamento. **+ Fingolimod** Il potenziamento degli effetti bradicardici può avere conseguenze fatali. I beta-bloccanti sono a maggior rischio perchè impediscono il meccanismo di compensazione adrenergico. Monitoraggio clinico ed ECG continuo durante le 24 ore dopo la prima dose. Combinazioni che richiedono precauzioni per l'uso. **+ Amiodarone** Disturbi del ritmo cardiaco e della conduzione (soppressione dei meccanismi simpatico compensatori). E' raccomandato il monitoraggio clinico ed ECG. **+ Antiaritmici di classe I (esclusa lidocaina)** Disturbi della contrattilità, del ritmo cardiaco e della conduzione (soppressione dei meccanismi simpatico compensatori). E' raccomandato il monitoraggio clinico ed ECG. **+ Agenti Anestetici volatili alogenati** Riduzione dei meccanismi cardiovascolari compensativi da beta-bloccanti. L'inibizione beta-adrenergica può essere neutralizzata, durante l'intervento chirurgico, da beta-simpaticomimetici. Come regola generale, non interrompere la terapia con beta-bloccanti e, in ogni caso, evitare una brusca interruzione. L'anestesista deve essere informato di questo trattamento. **+ Baclofene** Aumento del rischio di ipotensione, in particolare ortostatica. Monitoraggio della pressione sanguigna e, se necessario, aggiustamento del dosaggio di antipertensivo. **+ Antipertensivi centrali** Aumento significativo della pressione arteriosa in caso di improvvisa interruzione del trattamento con un antipertensivo centrale. Evitare l'improvvisa sospensione del trattamento con un antipertensivo centrale. Monitoraggio clinico. **+ Insulina, ipoglicemizzanti orali; glinidi; gliptine** Tutti i beta-bloccanti possono mascherare alcuni sintomi di ipoglicemia: palpitazioni e tachicardia. Avvertire il paziente e, in particolare all'inizio del trattamento, deve essere aumentato l'auto-monitoraggio della glicemia da parte del paziente. **+ Lidocaina** Contemporanea somministrazione endovenosa di lidocaina: aumento delle concentrazioni plasmatiche di lidocaina con possibilità di effetti avversi collaterali neurologici e cardiaci (riduzione della clearance epatica di lidocaina). Monitoraggio clinico ed ECG ed eventualmente misurazione delle concentrazioni plasmatiche di lidocaina durante la terapia combinata e dopo che il beta-bloccante è stato eliminato. Adattamento, se necessario, della posologia di lidocaina. **+ Farmaci che possono causare torsioni di punta** Aumentato rischio di aritmia ventricolare, in particolare torsioni di punta. Si raccomanda il monitoraggio clinico ed ECG. **+ Propafenone** Disturbi della contrattilità, del ritmo cardiaco e della conduzione (soppressione dei meccanismi simpatico compensatori). E' raccomandato il monitoraggio clinico ed ECG. **Combinazioni che devono essere prese in considerazione + Alfa-bloccanti destinati all'uso urologico; Antipertensivi alfa-bloccanti** Potenziamento dell'effetto ipotensivo. Aumento del rischio di ipotensione ortostatica. **+ Amifostina** Aumento del rischio di ipotensione, in particolare ortostatica. **+ Antidepressivi imipraminici** Aumento del rischio di ipotensione, in particolare ortostatica. **+ Neurolettici** Aumento del rischio di ipotensione, in particolare ortostatica. Effetto vasodilatatore e rischio di ipotensione, in particolare ortostatica (effetto aggiuntivo). **+ Farmaci anti-infiammatori non steroidei** Riduzione dell'effetto antipertensivo (inibizione delle prostaglandine vasodilatatrici da farmaci anti-infiammatori non steroidei e di ritenzione di acqua e sale da fenilbutazone). **+ Altri farmaci bradicardizzanti** Rischio di eccessiva bradicardia (effetto additivo). **+ Diidropiridine** Ipotensione, insufficienza cardiaca nei pazienti con insufficienza cardiaca latente o non controllata (ulteriori effetti inotropi negativi). Inoltre, il beta-bloccante può minimizzare la reazione simpatica riflessa, che entra in gioco in caso di eccessiva ripercussione emodinamica. **+ Dipiridamolo** Con dipiridamolo per via intravenosa: potenziamento dell'effetto antipertensivo. **+ Pilocarpina (per uso sistemico)** Rischio di eccessiva bradicardia (effetti bradicardizzanti additivi). **+ Nitro derivati e simili** Aumento del rischio di ipotensione, in particolare ortostatica. **4.6 Gravidanza ed allattamento** Gravidanza Non vi sono dati adeguati per l'uso di timololo maleato in donne in gravidanza. Il timololo maleato non deve essere usato durante la gravidanza se non strettamente necessario. Per ridurre l'assorbimento sistemico, vedere paragrafo 4.2. Gli studi epidemiologici non hanno rivelato effetti di malformazione ma mostrano un rischio di rallentamento della crescita intrauterina, quando i beta-bloccanti vengono somministrati per via orale. Inoltre, i segni e sintomi del beta-blocco (es. bradicardia, ipotensione, problemi respiratori e ipoglicemia) sono stati osservati nel neonato quando i beta-bloccanti sono stati somministrati fino al parto. Se TIMOGEL viene somministrato fino al parto, il neonato deve essere attentamente monitorato durante i primi giorni di vita. Allattamento I beta-bloccanti sono escreti nel latte materno. Comunque, alle dosi terapeutiche di timololo maleato nei colliri, la quantità presente nel latte materno non è sufficiente per produrre sintomi clinici di beta-blocco nel neonato. Per ridurre l'assorbimento sistemico vedere paragrafo 4.2. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** TIMOGEL altera lievemente la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Durante la guida di veicoli o l'uso di differenti macchinari, bisogna tenere in considerazione che possono verificarsi occasionalmente disturbi visivi inclusi difetti di rifrazione, diplopia, ptosi, frequenti episodi di offuscamento della visione, lieve e transitorio ed occasionalmente episodi di vertigine o affaticamento. **4.8 Effetti indesiderati** Come per altri farmaci oftalmici per uso topico, il timololo maleato viene assorbito nella circolazione sistemica. Ciò può causare effetti indesiderati simili a quelli osservati con agenti beta-bloccanti sistemici. L'incidenza di reazioni avverse sistemiche dopo somministrazione topica oftalmica è inferiore a quella relativa alla somministrazione sistemica. Le reazioni avverse elencate comprendono le reazioni viste all'interno della classe dei beta-bloccanti oftalmici. Disturbi del sistema immunitario: Le reazioni allergiche sistemiche comprendono angioedema, orticaria, rash localizzato e generalizzato, prurito, reazioni anafilattiche. Disturbi del metabolismo e della nutrizione: Ipoglicemia. Disturbi psichiatrici: Insonnia, depressione, incubi, perdita di memoria. Disturbi del sistema nervoso: Sincope, accidente cerebrovascolare, ischemia cerebrale, peggioramento dei segni e dei sintomi della miastenia gravis, vertigini, parestesia e mal di testa. Disturbi visivi: Segni e sintomi di irritazione oculare (ad esempio bruciore, prurito, lacrimazione, arrossamento), blefarite, iperemia congiuntivale, congiuntivite, cheratite, visione offuscata e distacco della coroide dopo chirurgia filtrante (vedere 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego), diminuzione della sensibilità corneale, secchezza degli occhi, ptosi, erosione corneale, diplopia. Patologie cardiache: Bradicardia, dolore al petto, palpitazioni, edema, aritmie, insufficienza cardiaca congestizia, blocco atrioventricolare, arresto cardiaco, insufficienza cardiaca. Patologie vascolari: Ipotensione, fenomeno di Raynaud, mani e piedi freddi. Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche: Broncospasmo (prevalentemente in pazienti con pre-esistente broncospasmo), dispnea, tosse. Disturbi gastrointestinali: Disgeusia, nausea, dispepsia, diarrea, secchezza delle fauci, dolori addominali, vomito. Disturbi della cute e del tessuto sottocutaneo: Alopecia, eruzione psoriasiforme o esacerbazione della psoriasi, rash cutaneo. Disturbi del tessuto connettivo e muscolo scheletrico: Mialgia, lupus eritematoso sistemico. Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella: Disfunzioni sessuali, diminuzione della libido, impotenza. Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione: Astenia/affaticamento. Indagini: Anticorpi antinucleo positivi. Segnalazione delle reazioni avverse sospette La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili. **4.9 Sovradosaggio** Nonostante l'assorbimento sistemico dei beta-bloccanti dopo instillazione oculare sia minimo, il possibile rischio di sovradosaggio deve essere tenuto in considerazione. I sintomi e le misure terapeutiche da intraprendere in caso di sovradosaggio sono simili a quelle adottate per i beta-bloccanti somministrati per via sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: PREPARATI ANTIGLAUCOMA E MIOTICI; Agenti beta-bloccanti; Codice ATC: S01ED01 Effetti sistemici: il timololo può essere caratterizzato da tre proprietà farmacologiche: - beta-bloccante non-cardioselettivo, - potenziale agonista parziale [moderata attività simpaticomimetica intrinseca (ISA)], - effetto stabilizzante di membrana non significativo (effetto anestetico locale o chinidino-simile). Effetti oculari: - il gel oftalmico a base di timololo maleato riduce la pressione intraoculare, sia in presenza che in assenza di glaucoma; - l'effetto è osservabile entro 20 minuti dopo l'instillazione, raggiunge il massimo entro 1-2 ore ed è ancora presente dopo 24 ore; - non ci sono effetti sul diametro pupillare o sull'acuità visiva. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Timololo 1 mg/g gel oftalmico è una formulazione senza conservanti. Un'insignificante esposizione sistemica è stata osservata in pazienti trattati con Timololo 1 mg/g gel oftalmico, somministrato 1 volta al giorno. I dati di un recente studio comparativo di farmacocinetica hanno dimostrato che le concentrazioni plasmatiche sono generalmente al di sotto del limite di rilevabilità quantitativa (LOQ=0,146 ng/ml). **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Nessuno degli studi di mutagenesi condotti *in vivo* ed *in vitro* sul timololo ha prodotto alcuna evidenza di effetti mutageni. E' stato osservato negli animali un potenziale cancerogeno a livelli di esposizione più alti rispetto a quelli osservati nella pratica clinica durante il trattamento con TIMOGEL 1 mg/g. Studi di tossicità riproduttiva non hanno dimostrato effetti teratogeni nei topi, ratti e conigli. Nei ratti è stato osservato un ritardo dell'ossificazione con livelli di esposizione molto più alti di quelli osservati nella pratica clinica durante il trattamento con TIMOGEL 1 mg/g. Non sono stati osservati effetti sulla fertilità nei ratti. Applicazioni singole o ripetute di TIMOGEL 1 mg/g per 28 giorni non hanno prodotto né intolleranza locale né sistemica, né effetto anestetico locale nei conigli. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sorbitolo, Alcool polivinilico, Carbomero 974 P, Sodio acetato triidrato, Lisina monoidrata, Acqua per preparazioni iniettabili. **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 30 mesi. Dopo l'apertura del contenitore monodose: usare immediatamente ed eliminare il contenitore monodose dopo l'uso. Dopo l'apertura della busta: usare i contenitori monodose entro 1 mese. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Conservare i contenitori monodose all'interno del sacchetto e del contenitore esterno per tenerli al riparo dalla luce. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** 10 contenitori monodose (PEBD) contenenti 0,4 g di gel sono confezionati in sacchetti (carta/alluminio), ogni scatola contiene 3 sacchetti. Una confezione contiene 30 (3x10) contenitori monodose. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Laboratoires THEA S.A. 12, rue Louis Blériot 63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2 - FRANCIA. **8. NUMERO(I) DELL' AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 1 mg/g gel oftalmico 30 contenitori monodose AIC N° 037700010. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Novembre 2007. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Dicembre 2014.

Protezione UV completa. Tutto il giorno. Ogni giorno.

Lenti ZEISS con Tecnologia UVProtect™.

Le lenti: uno scudo contro le radiazioni UV

I raggi UV sono uno dei pericoli maggiori per la salute degli occhi

La luce solare è fonte di vita e benessere, ma alcune sue lunghezze d'onda - tra cui quelle degli UV - possono determinare o favorire il fotoinvecchiamento o lo sviluppo di patologie più o meno gravi agli occhi e all'aree cutanee circostanti.[1-8]

È quindi fondamentale proteggere gli occhi dagli effetti nocivi dei raggi UV, indossando lenti per occhiali in grado di schermarli efficacemente, così da preservare la salute visiva. [3,6]

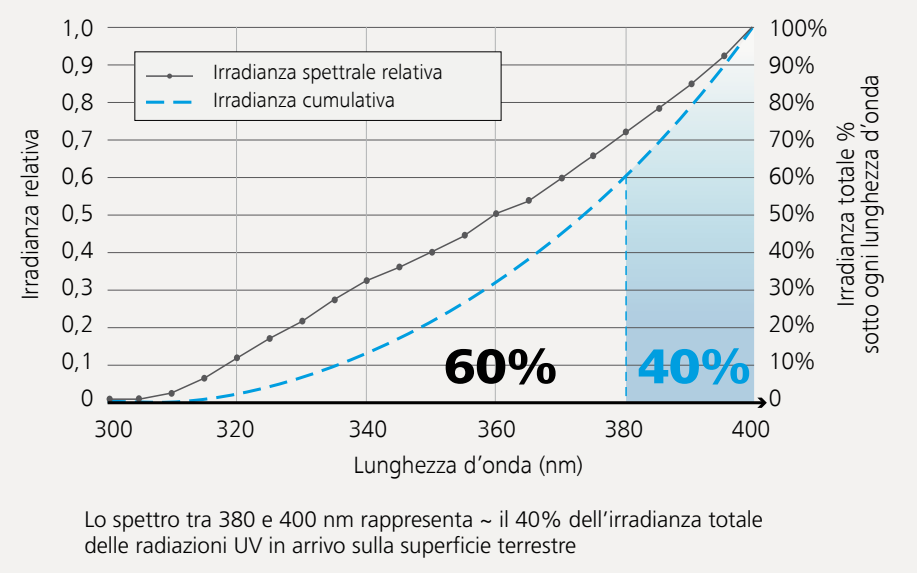
Circa il

70%

dei portatori di lenti oftalmiche non è adeguatamente protetto dalle nocive radiazioni UV[11]

400 nm è il miglior standard protettivo dai raggi UV

La *Commissione Internazionale sulla Protezione dalle Radiazioni Non-Ionizzanti* (ICNIRP) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno definito a **400 nm lo standard di riferimento per la protezione dagli UV**[10]



Lo spettro tra 380 e 400 nm rappresenta ~ il 40% dell'irradianza totale delle radiazioni UV in arrivo sulla superficie terrestre

Lenti da sole
Protezione UV a 400 nm
Standard internazionale definito dalle organizzazioni mondiali ICNIRP e OMS[10], in grado di bloccare il 100% delle radiazioni UV.

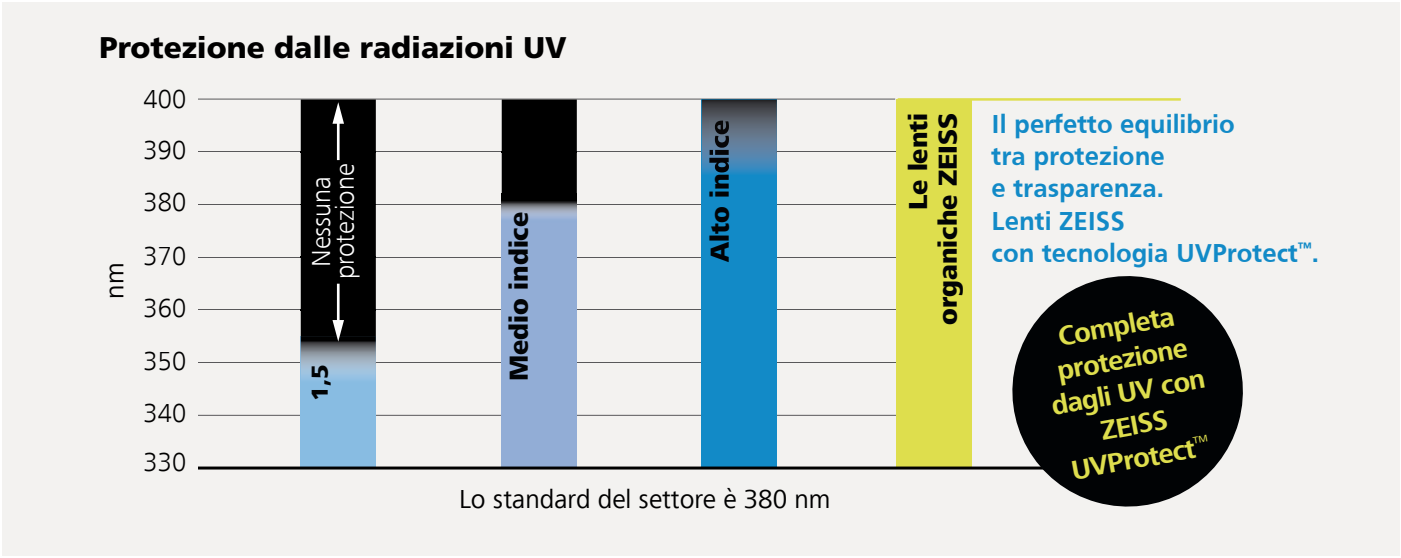
Lenti da vista
Protezione UV a 380 nm
Limite superiore di protezione dagli UV stabilito dalla norma ISO 8980-3.
Non tutte le lenti oftalmiche tradizionali offrono una protezione UV completa.

Bibliografia
1. Wang SQ et al. Photoprotection: a review of the current and future technologies. Dermatol Ther 2010; 23 (1): 31-47. **2.** Resnikoff s et al. Global data on visual impairment in the year 2002. Bull World Health Organ 2004; 82 (11): 844-851. **3.** Rivolta C et al. UV light signature in conjunctival melanoma; not only skin should be protected from solar radiation. J Hum Genet 2016; 61 (4): 361-362. **4.** Swaminathan SS et al. Molecular Characteristics of Conjunctival Melanoma Using Whole-Exome Sequencing. JAMA Ophtalmol 2017; 135 (12): 1434-1437. **5.** Lucas RM. An epidemiological perspective of ultraviolet exposure-public health concerns. Eye Contact Lens 2011; 37 (4): 168-175. **6.** Gichui S et al. Pathophysiology of

L'innovazione ZEISS, protezione completa.

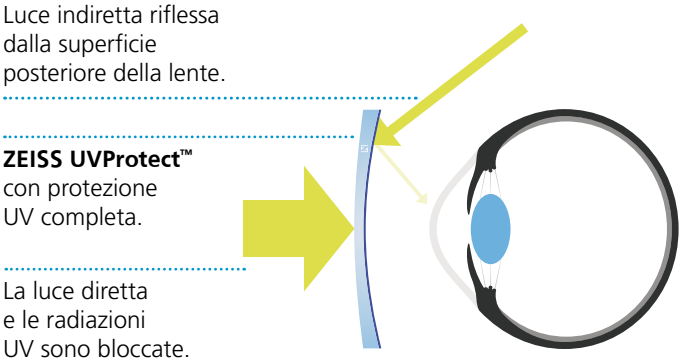
ZEISS ora offre, di serie, la medesima protezione UV delle lenti da sole anche su lenti chiare, fino a 400 nm.

Le lenti oftalmiche tradizionali schermano a livelli differenti le radiazioni UV:
quelle in alto indice offrono una protezione completa, ma non quelle a basso e medio indice.



La tecnologia ZEISS **UVProtect**™ consente di schermare tutte le radiazioni UV dirette sulla superficie frontale della lente.

Ma la protezione delle lenti oftalmiche ZEISS non finisce qui: uno strato anti-riflesso applicato sulla superficie interna della lente grazie ai trattamenti **DuraVision UV Premium** riduce anche le radiazioni UV indirette riflesse dalla superficie posteriore della lente.



Tecnologia ZEISS UVProtect™ + ZEISS DuraVision UV. Protezione UV completa su tutti i fronti.

ocular surface squamous neoplasia. Exp Eye Res 2014; 129: 172-182. **7.** Zhou WP et al. The role of ultraviolet radiation in the pathogenesis of pterygia. Mol Med Rep 2016; 14 (1): 3-15. **8.** Yam JC et al. Ultraviolet light and ocular diseases. Int Ophtalmol 2014; 34 (2): 383-400. **9.** Liou JC et al. UV-blocking spectable lens protects against UV-induced decline of visual performance. Mol Vis 2015; 21: 846–856. **10.** International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection. Guidelines on limits of exposure to ultraviolet radiation of wavelenghts between 180 nm and 400 nm (incoherent optical radiation). Health Phys 2004; 87 (2): 171-186. **11.** Dati di mercato ANFAO 2017 relativi alle lenti monofocali.

L'ottimizzazione del percorso nei pazienti affetti da AMD neovascolare: l'esperienza di 8 centri italiani

Le conoscenze che abbiamo acquisito negli ultimi anni grazie ai trials clinici, agli studi di real world e all'esperienza diretta, ci insegnano che per il successo del trattamento dell'AMD neovascolare è fondamentale una rapida presa in carico del paziente. Ormai sappiamo che è necessario trattare tempestivamente rispetto all'insorgenza dei primi sintomi e proseguire con un numero appropriato di iniezioni. Il miglioramento di acuità visiva ottenuto dal paziente può essere poi mantenuto grazie a somministrazioni ripetute, per periodi prolungati superiori ad un anno, tipici della gestione di una patologia cronica. D'altra parte, il continuo aumento dei pazienti dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione (si stima che la prevalenza dell'AMD sia 1-3% della popolazione sopra i 65 anni) apre per i nostri reparti di oculistica importanti sfide organizzative. Affrontarle insieme alle amministrazioni e ai decisori di spesa ci consentirà di ottenere risultati sempre migliori per i nostri pazienti e in ultima analisi di impegnare efficacemente le risorse economiche.

Dott. Vito Gasparri
Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina, Roma

Degenerazione maculare legata all'età: l'importanza di una terapia appropriata

Con l'introduzione dei farmaci anti-angiogenici per il trattamento della forma essudativa di degenerazione maculare legata all'età (age-related macular degeneration, AMD), la prognosi visiva dei pazienti affetti da tale patologia è profondamente cambiata: è sufficiente pensare a come l'incidenza di cecità legale secondaria a tale patologia si sia ridotta del 50% nei primi anni dopo l'introduzione del trattamento[1-4]. Inoltre, la malattia ha assunto una connotazione di cronicità, essendo gli anti-*vascular endothelial growth factor* (VEGF) efficaci nel controllare l'attività della lesione neovascolare per anni, preservando il beneficio funzionale ottenuto nelle prime fasi del trattamento[5].

In tale contesto di innovazione scientifica, la problematica della AMD è mutata, passando da malattia con esiti infausti e invalidanti ad una patologia controllabile se prontamente diagnosticata e trattata, che richiede un investimento sempre più ingente di risorse sanitarie e sociali da impiegare per la gestione clinico-organizzativa dei pazienti[6].

Gli studi clinici registrativi e gli studi controllati randomizzati forniscono un *benchmark* di efficacia terapeutica che frequentemente si discosta dai risultati ottenuti nella pratica clinica[7-10]: in tal senso, l'appropriatezza clinico-organizzativa applicata nei sistemi che erogano assistenza sanitaria è garante del beneficio massimale ottenibile per ogni singolo paziente in trattamento in un contesto di risorse economiche finite, nel rispetto dei principi di equità di accesso alle cure e di efficienza dei percorsi assistenziali[11].

Gli studi retrospettivi forniscono preziose informazioni sugli *outcomes* degli anti-VEGF nella pratica clinica e sull'individuazione degli indicatori di processo utili nel miglioramento della gestione organizzativa dei pazienti che entrano in trattamento[12].

Nello studio AURA si è reso evidente che il numero di iniezioni, di visite di monitoraggio e di esami di tomografia ottica computerizzata (*Optical Coherent Tomography,* OCT) effettuati mediamente in Italia in due anni non sono sufficienti per garantire il mantenimento del beneficio visivo acquisito nei primi mesi di trattamento: 5,2

iniezioni in due anni con circa 13 visite e 5 OCT hanno portato ad una perdita netta di acuità visiva rispetto alla diagnosi[13].
Alcune analisi successive dello studio AURA hanno identificato alcuni fattori di prognosi funzionale correlati positivamente al guadagno visivo, come il numero delle iniezioni e il numero degli OCT: ad esempio, è stato stimato che il numero di iniezioni nel primo anno dovrebbe essere di 7 o più e di 10-14 o più in 2 anni per garantire non solo un guadagno funzionale clinicamente significativo, ma anche il suo mantenimento[14].
Il numero medio di iniezioni per anno somministrato ad una popolazione afferente a un centro macula è quindi un indicatore valido per misurare l'appropriatezza del sistema che eroga le cure. Tale indicatore trova numerose conferme in letteratura da cui, sempre utilizzando i dati di pratica clinica, risulta evidente che il numero di iniezioni è un elemento critico per controllare la malattia[15-17].
A dimostrazione che intraprendere processi di ottimizzazione della gestione clinica e organizzativa conduce ad *outcomes* clinici migliori, uno studio australiano ha evidenziato come il progressivo aumento nel tempo del numero di iniezioni, ottenuto passando da una strategia di trattamento secondo le modalità del trattamento al bisogno a una proattiva *(treat and extend)*, ha migliorato l'efficienza delle cure[18].
Anche le tempistiche legate alle somministrazioni del farmaco e alle visite di monitoraggio sono indicatori validati per l'appropriatezza clinica[19-21]:
– tempo tra diagnosi e primo trattamento
– tempo tra le iniezioni durante la fase di carico
– tempo tra le visite di monitoraggio e conseguente trattamento dell'attività della lesione quando intercettata dalla diagnostica strumentale come l'OCT.

Risulta quindi auspicabile, nei sistemi che forniscono servizi per la cura della AMD, instaurare processi che possano garantire un ritorno di miglioramento dell'efficienza del trattamento con gli anti-VEGF per razionalizzare le risorse impiegate ed evitare sprechi.

NextVision 2017: l'ottimizzazione del percorso del paziente con AMD neovascolare

Il progetto

Il progetto NextVision nasce con l'obiettivo di supportare i centri di oftalmologia nell'ottimizzazione del percorso dei pazienti con AMD dalla diagnosi ai controlli post-trattamento, tramite la misurazione di un cruscotto di indicatori di efficienza.
Al progetto hanno partecipato 8 centri di oftalmologia Italiani, che si sono avvalsi dell'uso di un sistema informatico dedicato, messo a disposizione per la misurazione di specifici KPIs per tutta la durata del progetto. Sono state identificate 3 fasi di indagine sull'efficienza organizzativa del singolo centro, utili all'identificazione dei passaggi organizzativi che rallentano il percorso di cura[22]: 1) diagnosi; 2) primo trattamento; 3) accessi successivi (Tabella 1). È importante specificare, a questo proposito, come tutte le fasi, dalla diagnosi al trattamento al follow-up, avvengano all'interno dell'ospedale con un coinvolgimento del territorio limitato alla fase di individuazione dei potenziali pazienti a rischio. Da un punto di vista organizzativo, questo rappresenta una sfida importante per i centri di oftalmologia costretti a confrontarsi con una patologia in continuo aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione e che necessita di un approccio tipico delle malattie croniche. All'interno di ciascun centro, la misurazione e la valutazione degli indicatori da parte di un *team* multidisciplinare composto da clinici, infermieri e ortottisti ha permesso di individuare i punti critici del percorso e di mettere in atto azioni correttive, allo scopo di raggiungere i valori di riferimento ormai ampiamente validati dalla letteratura.

Fase	Indicatore di efficienza organizzativa	Valore di riferimento
1) Diagnosi	Tempo di attesa alla diagnosi	Entro 10 gg dalla I visita
2) Primo trattamento	Tempo di attesa al primo trattamento	Entro 14 gg dalla I visita
3) Accessi successivi	Tempo di attesa al trattamento successivo	28 gg dal trattamento precedente (fino al III)

Tabella 1. Fasi di indagine sull'efficienza organizzativa del singolo centro, indicatori e valori di riferimento

L'utilizzo di indicatori di performance ha permesso ai clinici di misurarsi e di cercare soluzioni innovative nella pratica clinica, al fine di migliorare il percorso dei pazienti con AMD.

I risultati

Analisi qualitativa del pre-accesso dei pazienti al centro di oftalmologia

Per questa valutazione, sono stati distribuiti ai pazienti afferiti ai centri di oftalmologia coinvolti nel progetto dei questionari per l'analisi delle tempistiche della presa in carico del paziente con AMD in considerazione dei seguenti fattori:
- Tempo intercorso dai primi sintomi alla prima visita specialistica;
- Tempo intercorso dalla prenotazione alla visita presso l'ambulatorio di maculopatia;
- Specialista che ha fatto la diagnosi e ha indirizzato il paziente presso l'ambulatorio di maculopatia.

Come mostrato in Figura 1, la maggior parte dei pazienti riceve la diagnosi direttamente dall'ambulatorio di maculopatie o dall'oculista privato; in generale, passano almeno due mesi dall'insorgenza dei primi sintomi alla prima visita specialistica. Nonostante rappresentino una percentuale molto ridotta, i pazienti che ricevono una diagnosi dall'oculista della ASL sembrano avere tempi di accesso al centro più lunghi.
Questi aspetti fanno riflettere sull'opportunità di creare canali di accesso preferenziale verso l'ambulatorio di maculopatia per i pazienti con sospetta AMD neovascolare, dal momento che il tempo che intercorre tra l'insorgenza dei sintomi e il trattamento influenza il risultato terapeutico.

Figura 1. Presa in carico del paziente.

Analisi degli indicatori di efficienza organizzativa: aspetti soddisfacenti e criticità

Complessivamente, sono stati analizzati 513 occhi con AMD neovascolare naïve; di questi, la tipologia era nota per 474 (Figura 2).

Per ogni occhio venivano inseriti i tempi delle varie fasi del percorso durante il periodo di svolgimento del progetto (circa 8 mesi). L'analisi dei tempi di attesa fra un accesso e l'altro ha consentito ai centri di individuare alcune criticità nei processi di presa in carico dei pazienti.

Come si vede dai dati in Figura 3A-D, i centri coinvolti sono in grado di effettuare una diagnosi lo stesso giorno dell'arrivo del paziente all'ambulatorio di retina medica. Le prime difficoltà cominciano ad emergere nei tempi di attesa per la prima iniezione intravitreale (intravitreal injection, IVT) e poi per le successive. Il 36% dei pazienti riceve il I trattamento oltre 15 giorni dopo la diagnosi (tempo medio: 23 giorni), il 35% riceve il II trattamento oltre 36 giorni dal primo (tempo medio: 36 giorni), e il 25% riceve il III trattamento oltre 36 giorni dopo il secondo (tempo medio: 35,6 giorni).

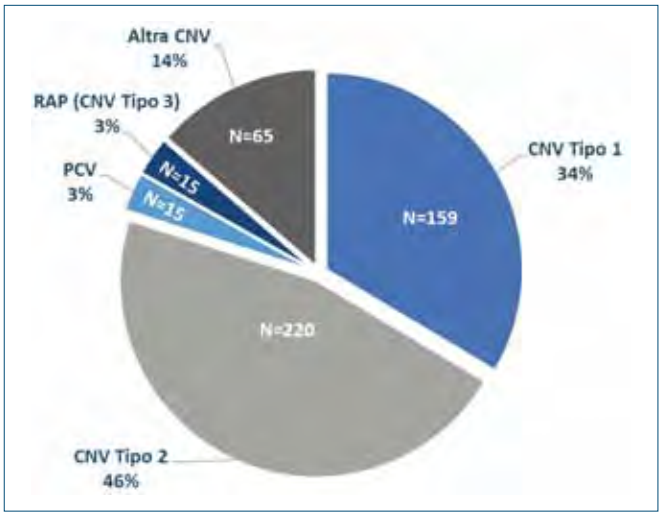


Figura 2. Tipologia di lesione neovascolare dei 474 occhi inseriti nel software. CNV, choroidal neovascular; RAP, retinal angiomatous proliferation; PCV, polypoidal choroidal vasculopathy.

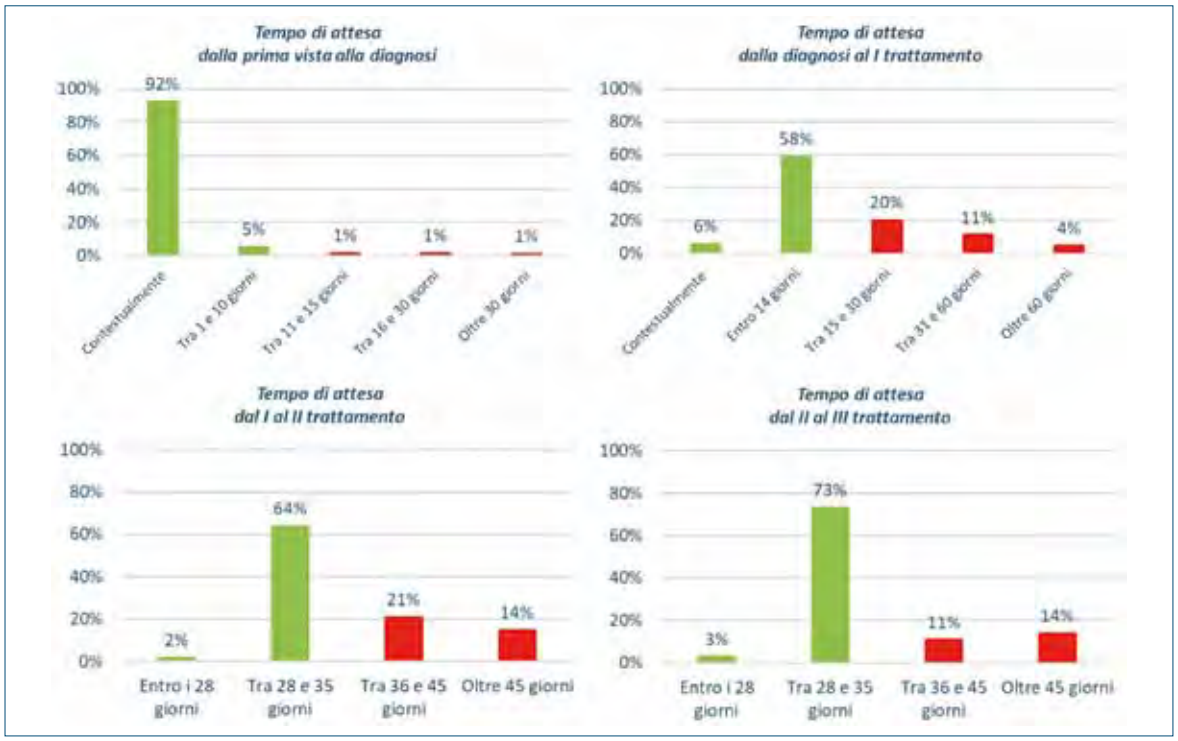


Figura 3. Indicatori di efficienza organizzativa.

Figura 4. Accessi successivi al terzo trattamento suddivisi in base all'azione successiva (controllo vs IVT).

L'analisi degli accessi successivi alla III IVT (Figura 4) ha rivelato che i centri effettuano un controllo nell'82% degli occhi (233/283) prima di effettuare un eventuale IV trattamento, che viene prenotato solo successivamente al controllo stesso. Poiché la disponibilità della sala operatoria per somministrare un farmaco anti-VEGF è spesso un fattore limitante, la conseguenza è che ci possono essere ritardi nell'effettuare il trattamento in tempi adeguati (Figura 4).
È ormai ampiamente noto che i primi mesi di trattamento del paziente con AMD neovascolare sono fondamentali per il raggiungimento degli outcome terapeutici[13,22–25]. Per questo i centri hanno messo in atto alcune azioni di miglioramento volte ad influire sulle tempistiche di gestione dei pazienti (Figura 5).
Infine, nel 20,5% (105/283) degli occhi inseriti nel software che hanno avuto accessi per 6 mesi dopo la diagnosi è stato possibile effettuare una sottoanalisi che ha consentito di osservare che il 62% di questi aveva ricevuto 4 o 5 trattamenti durante il follow-up, con un numero medio di IVT pari a 3,6 in 6 mesi. (Figura 6). In altre parole, i pazienti avevano ricevuto almeno la loading phase di tre iniezioni mensili consecutive in tempi adeguati[21]. Questo generalmente porta ad ottenere guadagni in termini di acuità visiva superiori rispetto a non effettuare correttamente la loading phase, anche nell'ipotesi di non somministrare in seguito un numero di iniezioni adeguato[26]. Infatti, il guadagno visivo al termine della fase iniziale del trattamento è determinante per il profilo di

Figura 5. Azioni di miglioramento proposte nei centri, in risposta alle criticità organizzative emerse dall'analisi del percorso del paziente con AMD neovascolare. Riguardo alla fase 1 (diagnosi), visti i risultati ottimali conseguiti dai centri, non è stato necessario intraprendere azioni di miglioramento.

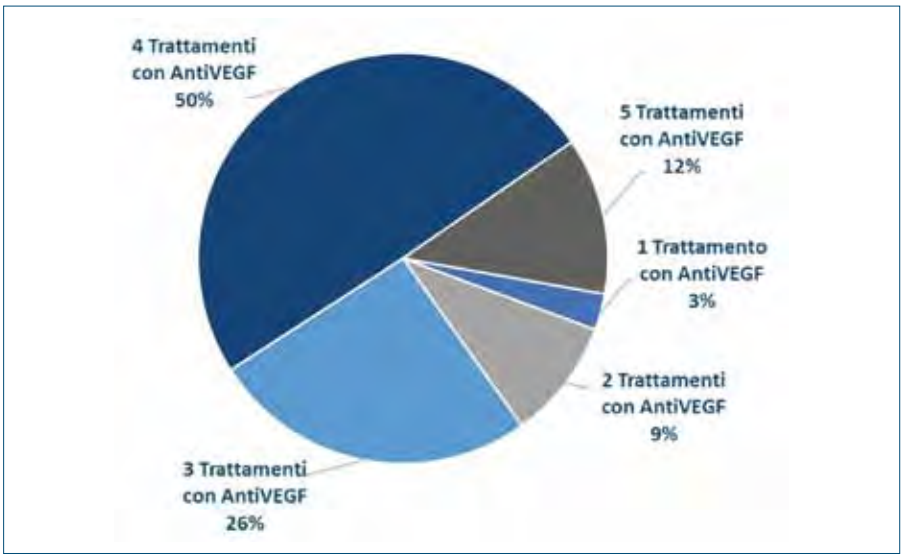


Figura 6. Numero di trattamenti per occhio, somministrati agli occhi (N=105) seguiti in modo per almeno sei mesi dopo la diagnosi.

risposta funzionale all'anti-VEGF durante la fase successiva di mantenimento, in cui l'acuità visiva viene sostanzialmente conservata[25]. La fase di mantenimento, in cui si dovrebbero somministrare almeno altre 4 o 5 iniezioni nei 9 mesi successivi alla loading phase,[14,26,27] è perciò critica ai fini di una valutazione completa del livello di appropriatezza clinica. Inoltre, diverse metanalisi di studi osservazionali retrospettivi e analisi post-hoc di studi retrospettivi, che il numero di iniezioni correla positivamente con l'acuità visiva nel medio-lungo periodo,[16,28] così come il numero delle visite di monitoraggio[29].

Conclusioni

La degenerazione maculare legata all'età rappresenta una sfida sempre più importante per i centri di oftalmologia, costretti ad interfacciarsi con una patologia in continuo aumento e che necessita di una gestione di tipo cronico. I farmaci anti-VEGF hanno cambiato la prognosi di questa patologia degenerativa. Tuttavia, per essere davvero efficaci, devono essere utilizzati in maniera appropriata.

Il progetto NextVision è nato con l'obbiettivo di supportare i centri nell'ottimizzazione del percorso di cura dei pazienti con AMD e renderli consapevoli delle loro performance organizzative attraverso la misura di alcuni indicatori, allo scopo di migliorarle. Il metodo applicato ha permesso di evidenziare che l'attuale struttura organizzativa dei centri partecipanti al progetto non è sempre adeguata a prendere in cura i pazienti con AMD neovascolare nei tempi previsti, anche per la mancanza di risorse. Tra gli indicatori è emersa come ottimale la capacità dei centri di fare diagnosi in tempi rapidi, ma si evidenziano spazi di miglioramento nelle altre fasi del percorso, in particolare gli intervalli tra un'iniezione e l'altra. Per queste fasi sono state proposte delle azioni migliorative ed è emersa l'importanza della pianificazione dei trattamenti e delle visite di controllo.

È fondamentale che i centri di oftalmologia instaurino processi virtuosi di governo clinico per determinare il livello di appropriatezza, che fornisce indicazioni per colmare il gap tra risorse disponibili e risorse necessarie con l'obiettivo di rendere sempre più efficiente il percorso del paziente.

Fonti

1. Bloch SB, et al. Am J Ophthalmol 2012; 153: 209-213.e2. doi: 10.1016/j.ajo.2011.10.016.
2. Skaat A, et al. Am J Ophthalmol 2012; 153: 214-221.e1. doi: 10.1016/j.ajo.2011.08.035.
3. Borooah S, et al. Eye (Lond) 2015; 29: 1156–1161. doi: 10.1038/eye.2015.83.
4. Bressler NM, et al. Arch Ophthalmol 2011; 129: 709–717. doi: 10.1001/archophthalmol.2011.140.
5. Schmidt-Erfurth U, et al. Ophthalmology 2015; 122: 822–832. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.11.017.
6. Schmidt-Erfurth U, et al. Prog Retin Eye Res 2016; 50: 1–24. doi: 10.1016/j.preteyeres.2015.07.007.
7. Rosenfeld PJ, et al. N Engl J Med 2006; 355: 1419–1431. doi: 10.1056/NEJMoa054481
8. Heier JS, et al. Ophthalmology 2012; 119: 2537–2548. doi: 10.1016/j.ophtha.2012.09.006.
9. Busbee BG, et al. Ophthalmology 2013; 120: 1046–1056. doi: 10.1016/j.ophtha.2012.10.014.
10. Silva R, et al. Ophthalmology 2018; 125: 57–65. doi: 10.1016/j.ophtha.2017.07.014.
11. D.P.C.M. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza. https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=e0934aae-9cea-4c4e-b257-ff85386f435b&groupId=10793 (last accessed 4 Jun2018).
12. Writing Committee for the UK Age-Related Macular Degeneration EMR Users Group. Ophthalmology 2014; 121: 1092–1101. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.11.031.
13. Holz FG, et al. Br J Ophthalmol 2015; 99: 220–226. doi: 10.1136/bjophthalmol-2014-305327.
14. Holz FG, et al. Br J Ophthalmol 2016; 100: 1623–1628. doi: 10.1136/bjophthalmol-2015-308166.
15. Razi F, et al. Clin Ophthalmol 2016; 10: 313–319. doi: 10.2147/OPTH.S97775
16. Kim LN, et al. Retina (Philadelphia, Pa) 2016; 36: 1418–1431. doi: 10.1097/IAE.0000000000001142.
17. Chin-Yee D, et al. Br J Ophthalmol 2016; 100: 914–917. doi: 10.1136/bjophthalmol-2015-306987.
18. Arnold JJ, et al. Ophthalmology 2015; 122: 1212–1219. doi: 10.1016/j.ophtha.2015.02.009.
19. Rasmussen A, et al. Acta Ophthalmol 2015; 93: 616–620. doi: 10.1111/aos.12781.
20. Ghazala F, et al. BMJ Qual Improv Rep 2013; 2. doi:10.1136/bmjquality.u201733.w993.
21. Gillies MC, et al. Ophthalmology 2015; 122: 589-594.e1. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.10.001.
22. Mitchell P, et al. Br J Ophthalmol 2010; 94: 2–13. doi: 10.1136/bjo.2009.159160.
23. Essex RW, et al. Ophthalmology 2016; 123: 2393–2400. doi: 10.1016/j.ophtha.2016.07.012.
24. Gillies MC, et al. Ophthalmology 2015; 122: 1837–1845. doi: 10.1016/j.ophtha.2015.05.010.
25. Holz FG, et al. Invest Ophthalmol Vis Sci 2010; 51: 405–412. doi: 10.1167/iovs.09-3813.
26. Hykin P, et al. Clin Ophthalmol 2016; 10: 87–96. doi: 10.2147/OPTH.S92627.
27. Calvo P, et al. J Ophthalmol 2015; 2015: 820605. doi: 10.1155/2015/820605.
28. Chong V. et al. Eye (Lond) 2016; 30: 1526. doi: 10.1038/eye.2015.217.
29. Holz FG, et al. Eye (Lond) 2016; 30: 1063–1071. doi: 10.1038/eye.2016.90.

NextVision è un progetto di Formazione Sul Campo (FSC) con Gruppi di miglioramento sviluppato dal provider Edra SpA con la sponsorizzazione di Novartis Farma S.p.A.

TRANSITIONS
PROTEZIONE INTELLIGENTE IN INTERNI ED ESTERNI

Le lenti Transitions offrono comfort e protezione in ogni condizione di luce, **calibrando costantemente l'intensità del colore** e l'assorbimento di luce nociva, in funzione dell'esposizione.

In **interni**, filtrano la luce blu nociva emessa da fonti artificiali quali i dispositivi digitali e le luci a LED.
In **esterni**, si scuriscono per fornire una protezione ancora maggiore da luce blu nociva, riflessi intensi e raggi UV solari.

Transitions™ SIGNATURE®

Le lenti Transitions Signature VII, sono composte da un mix esclusivo di pigmenti fotocromatici che permettono alla lente di risultare chiara e trasparente in interni e scurirsi rapidamente quando esposta a fonti luminose indiretta, si attivano anche a temperature elevate oltre 35°.

Transitions™ XTRACTIVE®

Le lenti Transitions XTRActive offrono ancora più protezione, bloccando i raggi UV e la luce blu nociva, e attivandosi dietro al parabrezza dell'auto, fino a categoria 2. Più scure del 17% rispetto a Transitions Signature VII, oltre i 32°.

MASSIMA PROTEZIONE DALLA LUCE BLU NOCIVA

Lo spettro di protezione offerto dalle lenti Transitions va dai 380 ai 460 nm:
– Protezione UVA e UVB fino a 400 nm, su tutti i materiali
– Protezione luce blu nociva fino a 460 nm, in interni e all'esterno.

Protezione da ogni fonte di luce blu nociva.

Luce blu nociva	Transitions SIGNATURE®	Transitions XTRACTIVE®
Raggi UV	100%	100%
Luce blu	20% interni 85% esterni	34% interni 88%-95% esterni

EIDON FA: Fluorangiografia in alta definizione

La Fluorangiografia retinica (FAG) è una tecnica diagnostica volta ad esaminare la circolazione della retina tramite somministrazione endovenosa di fluoresceina sodica. Questa metodica di indagine, nonostante l'avvento di nuove tecnologie per l'osservazione del tessuto vascolare retinico come l'Angio OCT, resta una delle più comuni tecniche di imaging utilizzate in oftalmologia, mantenendo il suo ruolo di strumento essenziale nella prassi clinica.

Figura 1. Immagine fuoroangiografica di 60° acquisita con Eidon FA

Il fluorangiografo oggi deve essere uno strumento con caratteristiche di adeguata risoluzione fotografica e apertura di campo, deve garantire un valido supporto video al fine di fornire una fedele rappresentazione dinamica della perfusione

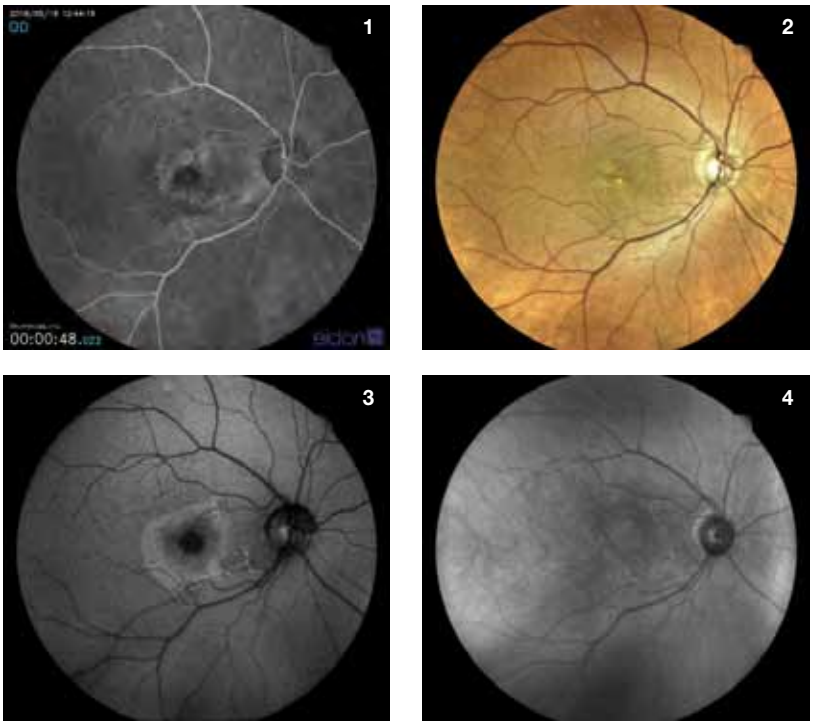


Figura 2. Eidon FA consente l'acquisizione in modo semplice ed automatico di immagini retiniche in diverse modalità: Fluorangiografia (1), Colore (2), Autofluorescenza (3), Infrarosso (4)

del colorante, e deve idealmente garantire l'acquisizione di materiale fotografico nelle tradizionali modalità di immagine, Colore, infrarossa e Autofluorescenza.
CenterVue lancia quest'anno una novità nel panorama internazionale della fluorangiografia: l'italianissimo fluorangiografo Eidon FA, ultimo arrivato della famiglia di prodotti Eidon, che ne amplia il campo di applicazione all'indagine del comportamento fluidodinamico della retina.
In aggiunta ai già apprezzati scatti fotografici TrueColor e in Autofluorescenza Blu dei modelli base, la cui ultra-risoluzione ha fatto guadagnare a questo strumento italiano un posto di riguardo tra i migliori retinografi, il nuovo modello Eidon FA propone un modulo dedicato all'acquisizione di foto e video fluoroangiografici.
L'ampiezza del campo e l'elevata risoluzione, caratteristiche dello standard qualitativo della famiglia Eidon, vengono ulteriormente valorizzate nell'applicazione fluorangiografica.
Eidon FA consente infatti l'acquisizione di scatti fluorangiografici a 60 gradi di campo, caratterizzati da un'estrema nitidezza e ricchezza di dettaglio e da una qualità di immagine notevole se paragonata a quella degli strumenti tradizionali.
Il dispositivo fornisce inoltre la possibilità di acquisire video ad alta risoluzione nelle fasi precoci della perfusione, permettendo di evidenziare con chiarezza eventuali ritardi nella circolazione retinica che risulterebbero difficilmente apprezzabili con l'utilizzo della semplice fotografia.
Degna di nota è infine la pressocché totale automatizzazione dello strumento, filo conduttore della filosofia di sviluppo di CenterVue, che rende l'utilizzo dello strumento Eidon FA estremamente facile ed immediato.

Le immagini sono cortesia del Prof. G. Staurenghi

Efficacia terapeutica e qualità di vita nel trattamento del glaucoma

Quando viene comunicata al paziente la presenza di glaucoma, spesso la difficoltà maggiore a cui lo specialista deve far fronte è la gestione dell'impatto emotivo che la notizia produce. Si tratta di una situazione piuttosto ricorrente e per questo motivo diventa sempre più importante poter offrire un trattamento mirato non solo all'efficacia terapeutica ma anche al miglioramento della qualità di vita del paziente.

La diagnosi della patologia: un momento che stravolge la vita del paziente

Molti oftalmologi di certo riconosceranno la scena: nel corso della visita, nella maggior parte dei casi fissata per una motivazione diversa, il paziente apprende improvvisamente di essere affetto da glaucoma, una malattia cronica, irreversibile, progressiva che può portarlo alla cecità. Nonostante quest'ultima evenienza possa verificarsi solo nelle fasi avanzate della malattia, è indubbio che una simile condizione possa determinare ansie e paure, influendo sullo stato di benessere del paziente, sulla sua disponibilità alla terapia e quindi in generale sulla qualità della sua vita.

Un duplice obiettivo...

Date le premesse l'obiettivo del trattamento di cura del glaucoma diventa perciò duplice:

1) mantenere la funzione visiva del soggetto;
2) mantenere anche alto il livello della sua qualità di vita. O forse sarebbe più appropriato parlare di "percezione della qualità di vita". Perché la percezione di una maggiore comprensione da parte del medico delle implicazioni emotive legate all'interazione con la patologia può rivelarsi decisiva per convincere il paziente a proseguire nel tempo con la cura, rendendolo più disponibile ai controlli periodici e alla terapia farmacologica, in modo da perseguire più agilmente il primo obiettivo.

... e una duplice strategia

Per offrire agli oftalmologi un supporto concreto nella gestione del glaucoma, Thea Farma propone soluzioni a vari livelli:

1) nella pratica clinica in monoterapia ed associazione, attraverso Timogel il timololo 0.1% in gel di provata efficacia nel trattamento dei pazienti di prima diagnosi e di quelli già in trattamento,[1-3] che costituisce anche una soluzione di semplice utilizzo e per questo ben accetta. Si tratta infatti di un betabloccante che, con una sola somministrazione, garantisce efficacia ipotensiva nelle 24 ore.[4] Inoltre, concorre al mantenimento della qualità di vita del paziente affetto da glaucoma perché Timogel non contiene conservanti e grazie alla formulazione in gel ha un elevato profilo di tollerabilità locale e sistemica.[5-6] Oltre a essere il betabloccante di riferimento in monoterapia ed associazione,

Timogel è interamente rimborsato dal Sistema Sanitario Nazionale e non è sostituibile. Ecco perché diciamo che TIMOGEL è il betabloccante dell'oculista e del paziente,

2) nella relazione medico paziente, attraverso il supporto incondizionato al "Progetto QoL" (Quality of Life). Si tratta di un'iniziativa che coinvolge un gruppo di esperti nella pubblicazione del libro "La qualità di vita nel glaucoma" e nella realizzazione di un'attività formativa a distanza (FAD) che potrà essere realizzata per tutto il 2019, per fornire agli specialisti gli strumenti necessari per un approccio personalizzato in base al profilo psico-fisico e allo stile di vita dei soggetti affetti da glaucoma.

Un simile contesto aiuta così il paziente a non vedere più stravolti la propria vita e il proprio futuro dalla diagnosi di glaucoma ma ad acquistare la percezione di un percorso articolato sul lungo termine, in cui la relazione con il medico è fondamentale per il successo della terapia.

TIMOGEL
Il betabloccante di riferimento
in monoterapia ed associazione

Fonti

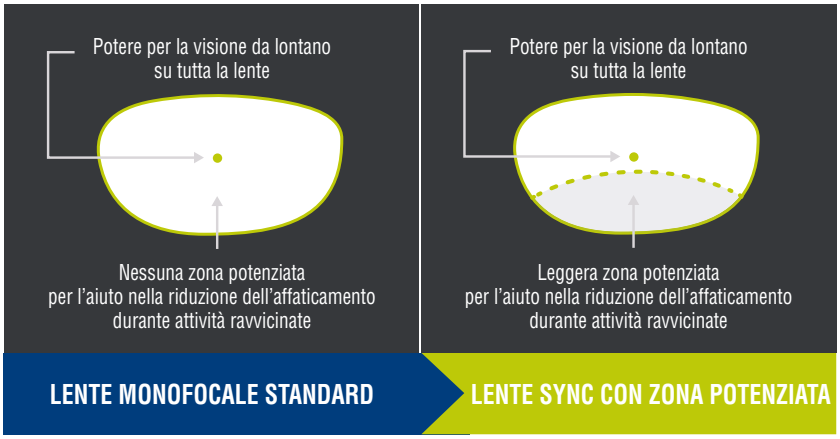
1. RCP Timogel.
2. Özyol E. et al. The Efficacy of a Latanoprost/Timolol Fixed Combination Versus Latanoprost and Timolol Gelforming Solution Unfixed Combination on Daytime Intraocular Pressure. J Glaucoma 2016; 25(2): 135-9
3. Nucci C. et al. Efficacy of timolol 0.1% gel and a prostaglandin analog in an unfixed combination compared to the corresponding fixed combinations. Eur J Ophthalmol. 2013; 23(5): 683-9
4. Quaranta L et al. Circadian intraocular pressure and blood pressure reduction with timolol 0.5% solution and Timogel 0.1% in patients with primary open-angle glaucoma. J Clin Pharmacol 2012; 52 (10): 1552-7. Epub 2011 Nov 22
5. Frezzotti P. et al. In vivo confocal microscopy of conjunctiva in preservative-free timolol 0.1% gel formulation therapy for glaucoma. Acta Ophthalmologica 2014; 92: e133-40
6. Uusitalo H. et al. Efficacy and systemic side-effects of topical 0.5% timolol aqueous solution and 0.1% timolol hydrogel. Acta Ophthalmol Scand 2005; 83(6): 723-8

I NOSTRI OCCHI NON SONO FATTI PER GLI SCHERMI. LE LENTI SYNC III SÌ!

Come guardiamo il mondo è cambiato. Trascorriamo in media 8-10 ore al giorno guardando gli schermi digitali[1] o svolgendo attività a distanza ravvicinata. Ciò può causare affaticamento visivo come occhi irritati, visione offuscata e mal di testa – talvolta anche solo dopo due ore[2].
L'utilizzo di più dispositivi può affaticare ulteriormente la vista, dal momento che gli occhi non riescono a rilassarsi. Secondo recenti studi, l'intensità dei disturbi di affaticamento visivo si riduce nell'84% dei casi2 grazie alle lenti a supporto accomodativo Hoya ed il 94.7% dei portatori ne è soddisfatto[3].
Le lenti Sync III di Hoya sono appositamente studiate per rilassare gli occhi nel mondo digitale. Aiutano a prevenire e ad alleviare l'affaticamento visivo digitale e possono migliorare il comfort visivo durante la giornata.

Sync III. Le lenti con zona potenziata per vicino

Le lenti Sync III, oltre al potere per la visione da lontano, hanno una zona potenziata nella parte bassa della lente, ottimizzata per la visione dei portatori moderni.
La zona da vicino aumenta leggermente il potere della lente, per supportare e rilassare i muscoli oculari, offrendo una messa a fuoco più semplice, riducendo l'affaticamento visivo e migliorando il comfort visivo durante le attività a distanza ravvicinata.



A chi consigliare Sync III?

Le lenti Sync III sono ideali per i portatori di età compresa tra i 13-45 anni, che presentano disturbi di affaticamento visivo e/o usano i dispositivi digitali per più di 2 ore al giorno o svolgono prolungate attività da vicino[4].
Sono sufficienti tre semplici domande:

1 Utilizzi dispositivi digitali per più di 2 ore al giorno?	NO	SI	Considera Sync III come aiuto nella prevenzione
2 Utilizzi più di due dispositivi digitali al giorno?	NO	SI	Considera Sync III come aiuto nella prevenzione
3 Presenti qualcuno di questi sintomi:	NO	SI	Fortemente consigliata la prescrizione di Sync III

- Occhi stanchi, bruciore e prurito
- Fotofobia o sensibilità alla luce
- Abbagliamento o aloni colorati attorno agli oggetti
- Visione fluttuante
- Visione doppia o annebbiata, difficoltà nella messa a fuoco
- Affaticamento o dolore al collo / spalle / schiena
- Ammiccamento eccessivo o occhio secco
- Mal di testa

Hoya offre tre possibili zone potenziate, in base alla reale necessità di supporto da vicino, all'intensità dei sintomi di affaticamento visivo e all'età:

Sync III - 5	Sync III - 9	Sync III - 13
(+0.57)	(+0.95)	(+1.32)

Le lenti Sync III utilizzano le più recenti tecnologie Hoya. Fondate su ricerche internazionali sul comportamento umano[5], le lenti vanno incontro alle esigenze moderne delle persone che utilizzano i dispositivi digitali e non solo: sono ottimali anche per i più giovani e per il primo presbite che necessita supporto nella visione da vicino.

1. CaptainCook Research. Digital behaviour and digital eye strain. Hoya, April 2017, the Netherlands and USA
2. Ang C., Dinevski D., Vlasak N., Kok A. Taking the strain. Optician. 05/2017, vol. 253, no. 6600, p. 25-28
3. Gosling T. Helping relieve new visual demands. Optician. 06/2017, vol.253. no.6605, p.23-24
4. Una volta valutato il profilo e identificata la soluzione è necessario verificare l'accettazione del potere positivo per vicino con i test appropriati.
5. CaptainCook Research. Digital behaviour and digital eye strain. Hoya, April 2017, the Netherlands and USA

ESSILOR eyeCARE
MEDICAL DIVISION

Essilor: protezione avanzata dalla luce nociva. La ricerca alla base dell'innovazione

Proteggere gli occhi

Tutti i giorni dell'anno, in ogni stagione, gli occhi sono esposti alla luce nociva dei raggi UV e della luce Blu-Viola che mettono a rischio la nostra visione.
I raggi UVA e UVB sono ovunque. I raggi UVA rappresentano una minaccia invisibile e penetrano nell'occhio a profondità diverse: gli UVA sono per la maggior parte assorbiti dal cristallino, solo una piccola porzione raggiunge la retina. Gli UVB, invece, sono in gran parte assorbiti dalla cornea e solo alcuni raggiungono il cristallino.
La luce Blu-Viola: gli occhi sono esposti in esterni alla luce blu emessa principalmente dal sole, mentre in interni a quella emessa da diverse fonti luminose, come le illuminazioni LED, i display dei dispositivi digitali e le fonti di luce fluorescente. Le frequenze della luce Blu-Viola sono particolarmente nocive per gli occhi perché raggiungono la retina.

I rischi per gli occhi

I raggi UV e la luce blu hanno un impatto diretto e cumulativo sulla salute degli occhi accelerandone l'invecchiamento.
Esiste una correlazione fra l'esposizione ai raggi UV e alcune patologie che si possono presentare a breve e a lungo termine. Il dato più significativo è rappresentato dalla cataratta, altri esempi sono la protocheratosi e lo pterigio.

La ricerca Essilor alla base dell'innovazione

Il programma di ricerca Essilor sulla fotoprotezione, iniziato circa 10 anni fa, ha portato nel tempo alla realizzazione di diverse soluzioni innovative in grado di proteggere gli occhi dalla luce nociva.
Nel 2012 Essilor introduce nella famiglia Crizal, il primo trattamento antiriflesso in grado di minimizzare la riflessione UV sulla superficie interna della lente. Successivamente la ricerca e sviluppo di Essilor ha voluto superare i limiti nel mondo dell'antiriflesso, concentrandosi sullo sviluppo di tecnologie che potessero proteggere gli occhi anche dalla luce Blu-Viola.
Studi scientifici, supportati da Essilor con l'Institut de la Vision di Parigi, hanno dimostrato che anche la luce blu ha un impatto sul sistema retinico. L'esposizione alla luce Blu-Viola nociva è correlata all'aumento della degenerazione delle cellule retiniche. Studi fotobiologici hanno permesso di comprendere il processo di degenerazione delle cellule retiniche dell'Epitelio Retinico Pigmentato (ERP), identificando il picco delle frequenze con massima fototossicità: 435 nm +/- 20 nm (luce Blu-Viola). È stato inoltre dimostrato che la luce Blu-Viola è uno dei fattori di stress ossidativo delle cellule retiniche dell'ERP*.
Nel **2013 Essilor lancia CRIZAL PREVENCIA,** il trattamento antiriflesso che filtra le frequenze nocive della luce blu.
Nel **2016 Essilor sviluppa EYE PROTECT SYSTEM**, non un trattamento antiriflesso, bensì un innovativo sistema di protezione degli occhi dagli effetti nocivi dei raggi UV e della luce Blu-Viola integrato in una lente estetica e trasparente.

* Test fotobiologici in vitro condotti da Essilor e dall'Institut de la Vision di Parigi. Le cellule retiniche dell'ERP sono state esposte 18h a delle frequenze di luce di 10 nm comprese tra 300 e 520 nm (più una banda tarata a 630 nm). Per simulare le condizioni fotobiologiche della luce, le irradiazioni sono state modulate sulla quantità di luce solare che realmente raggiunge la retina. (Arnault & al. 2013 PLOs One).

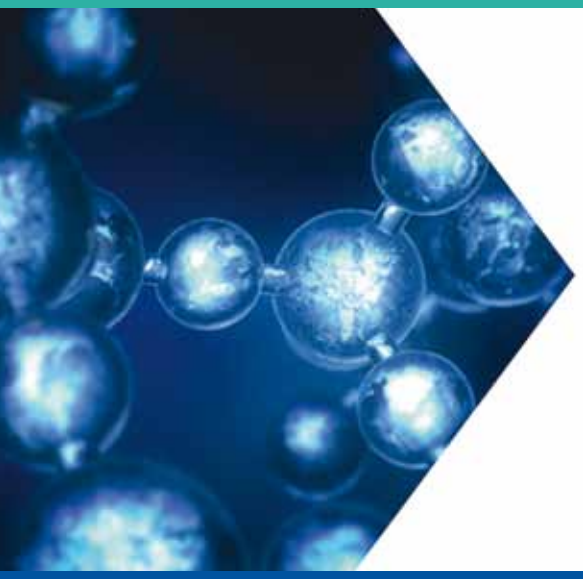
ESSILOR:
PROTEZIONE AVANZATA DALLA LUCE NOCIVA

DINAMICA IN OGNI CONDIZIONE DI LUCE

Transitions™
light intelligent lenses

- **PROTEZIONE UVA E UVB FINO A 400 NM,** SU TUTTI I MATERIALI
- **PROTEZIONE LUCE BLU NOCIVA FINO A 460 NM,** INDOOR E OUTDOOR
- **PROTEZIONE DINAMICA E CALIBRAZIONE COSTANTE** IN FUNZIONE DELL'ESPOSIZIONE DELLA LUCE
- **COMFORT IN OGNI CONDIZIONE DI LUCE**

INTEGRATA NEL MATERIALE DELLA LENTE



eyeprotect™ SYSTEM

- **PROTEZIONE INTELLIGENTE DALLA LUCE BLU VIOLA:** ASSORBE SOLO LE FREQUENZE BLU-VIOLA PIÙ NOCIVE PER LA RETINA
- -25% DI MORTALITÀ DELLE CELLULE DELLA RETINA [1]
- **PROTEZIONE UV:** I RAGGI UV VENGONO ASSORBITI E GRAZIE A CRIZAL PROTEZIONE ANCHE SULLA SUPERFICIE INTERNA DELLA LENTE
- **LENTE PERFETTAMENTE ESTETICA E TRASPARENTE**

[1] Test fotobiologici in vitro condotti da Essilor e dall'Institut de la Vision di Parigi. Le cellule retiniche dell'EPR sono state esposte 18h a delle frequenze di luce di 10 nm comprese tra 300 e 520 nm (+ una banda tarata a 630 nm). Per simulare le condizioni fotobiologiche della luce, le irradiazioni sono state modulate sulla quantità di luce solare che realmente raggiunge la retina (Arnault & all 2013 PLOs One; Marie & all, 2018 Cell Death and Disease).

QUOTIDIANA PER UNA VISIONE NITIDA E PROTETTA

Crizal®

- **PROTEZIONE UV CERTIFICATA CON INDICE E-SPF [2]**
- **30% DI RIFLESSIONE UV IN MENO DA SUPERFICIE INTERNA, CON LENTI INDICE E-SPF® 35 [3]**
- **ESTETICA, TRASPARENZA E PROTEZIONE DELLA LENTE**

[2] E-SPF® è l'indice che certifica il valore globale di protezione UV delle lenti, sviluppato da Essilor International e approvato da terze parti indipendenti. L'indice E-SPF® si riferisce alle prestazioni delle sole lenti, escludendo l'esposizione diretta dell'occhio che dipende da fattori esterni (morfologia del portatore, forma e porto della montatura).
[3] Comparato a lenti con indice E-SPF® 25 nelle stesse condizioni di misurazione. Il riflesso UV interno è pesato con la funzione di rischio UV W(λ). L'indice E-SPF 35 significa che il 97,2% dei raggi UV che raggiunge la superficie interna della lente non sono riflessi; è applicabile una tolleranza dello 0,5%.

Per ricevere i Compendium Scientifici e il materiale di approfondimento, contattare Essilor Eye Care Medical Division - relazionimediche@essilor.it - Tel 02 535791

eyeprotect™ SYSTEM

essilor

L'EVOLUZIONE DELLE LENTI OFTALMICHE

Tutti i marchi citati sono di proprietà di Essilor International. MI 11.2018

LA PROTEZIONE ESSENZIALE DALLA LUCE NOCIVA

L'ESCLUSIVO SISTEMA INTEGRATO NEL MATERIALE DELLA LENTE
CHE SI PRENDE CURA DEGLI OCCHI

RAGGI UV

PROTEZIONE
UVA E UVB

LUCE BLU-VIOLA

PROTEZIONE INTELLIGENTE
DALLA LUCE BLU-VIOLA

PROTEGGI I TUOI OCCHI

LENTE PERFETTAMENTE
ESTETICA E TRASPARENTE

Per ricevere i Compendium Scientifici e il materiale di approfondimento, contattare

ESSILOR eyeCARE
MEDICAL DIVISION

relazionimediche@essilor.it

02 535791

La SOI celebra i 150 anni con una straordinaria opera editoriale

La Società Oftalmologica Italiana
È STATA
LA PRIMA SOCIETÀ
MEDICO SCIENTIFICA
SPECIALISTICA
D'ITALIA

"Un patrimonio storico culturale di straordinaria importanza che non può e non deve essere disperso"

Un'opera straordinaria, ricca di fatti, documenti, curiosità!

Un'edizione unica.

Volumi contenuti in un'elegante confezione,
l'immagine dell'attestato di partecipazione al congresso SOI di Venezia nel 1895 sul primo volume.
Bassorilievo del logo SOI del 1900 sul secondo volume.
Copertina in seta, 812 pagine, centinaia di documenti e foto.
Un'opera importante perchè racconta la storia della Società Oftalmologica Italiana,
curata in ogni particolare, bella da sfogliare e interessante da leggere per arricchire la tua libreria!

EDIZIONE NUMERATA E LIMITATA

La Storia è Cultura. La Cultura è Scienza. La Cultura della Scienza produce l'Esperienza capace di spendersi al servizio di tutti. Principi antichi che sono attuale riferimento per le Persone che dedicano la loro vita all'essere Bravi Medici per aiutare i Pazienti con le cure migliori.
…La SOI celebrerà i 150 anni di vita nel 2019. Dai materiali raccolti emerge la nostra storia e questo ci permette di conoscere le nostre radici rendendoci ancora più forti e consapevoli del ruolo sociale che tutti insieme ricopriamo, oggi come ieri.
Il filo conduttore di questa imponente opera sono le pietre miliari su cui si è costruita, cresciuta e affermata la Società Oftalmologica Italiana, inserite nel contesto sociale di riferimento, rendendo per questo ancora più affascinante e coinvolgente la sua lettura.

Da qui la scelta di affidarne la realizzazione a Filippo Cruciani, Medico Oculista, Docente affermato ma anche scrittore riconosciuto e dalla penna elegante. Il suo lavoro di ricerca si è principalmente realizzato con il recupero di pubblicazioni, documenti, libri antichi e lavori scientifici di oculisti italiani dalla fondazione della SOI sino ai primi del '900, il periodo che di fatto è considerato il Secolo d'Oro dell'Oftalmologia. Il secondo volume racconta la nostra Storia fino agli anni Cinquanta, il primo dopoguerra. È il tempo dell'alleanza con i Pazienti: progressivamente l'oftalmologia riesce a crescere e diffondersi al servizio della cura delle malattie degli occhi. In questo periodo si vivono le premesse del valore aggiunto oggi rappresentato dai 7000 Oculisti Italiani: ogni anno salvano la vista a un milione e trecentomila Persone…

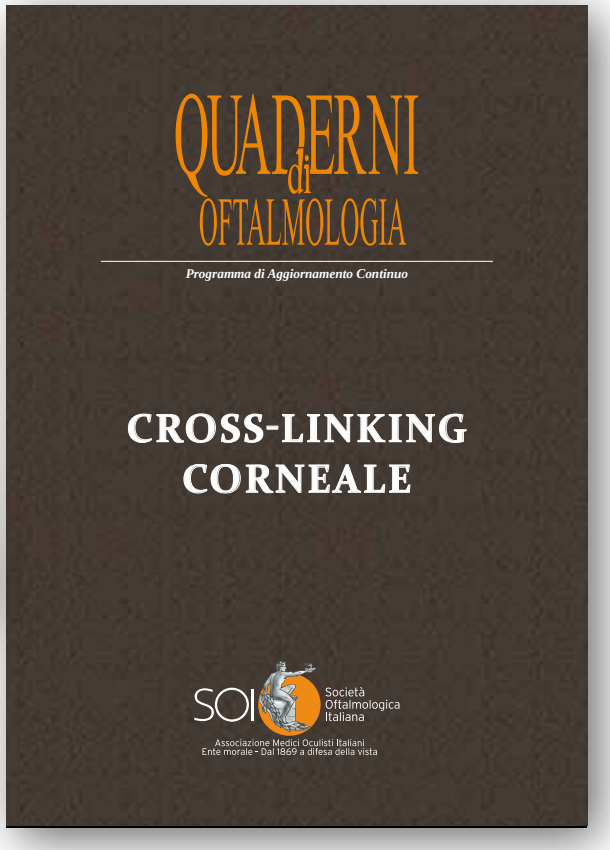
Matteo Piovella, Presidente SOI

SOI Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
Ente morale - Dal 1869 a difesa della vista

Quaderni di Oftalmologia 2018

CELLULE STAMINALI E DERIVATI CORDONALI

Coordinatori:
A. Mocellin
A. Montericcio



CROSS-LINKING CORNEALE

Coordinatore:
P. Troiano

Richiedi informazioni in segreteria

www.soiweb.com

Iscrizione SOI

Quote associative

SOCIO BENEMERITO SOSTENITORE	Euro 700,00
SOCIO ORDINARIO*	Euro 550,00
SPECIALIZZANDI/MEDICI FREQUENTATORI	Euro 250,00
OFTALMOLOGI STRANIERI (con residenza e attività professionale all'estero)	Euro 250,00

* *I Soci che rinnovano dopo il 31 gennaio 2019 possono aderire versando la quota di Socio Benemerito Sostenitore. Come da Regolamento della Società i Soci che facciano richiesta di iscriversi nuovamente a SOI, dopo un periodo di interruzione associativa di non oltre 2 anni, potranno aderire versando la quota di Socio Benemerito a euro 700.*

I nuovi iscritti e tutti i soci fermi al 2016 pagheranno la quota SOI di Socio Ordinario a euro 550.

Nella quota di Socio Benemerito Sostenitore sono comprese le seguenti agevolazioni:

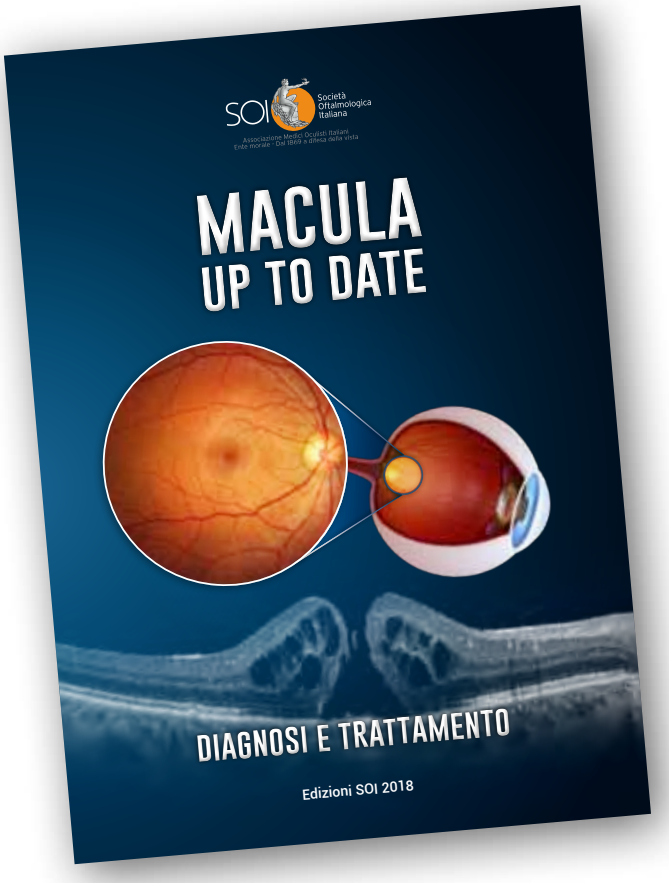
- la polizza infortuni (limitata alla partecipazione ai due Congressi annuali)
- la polizza che in materia di circolazione stradale offre un contributo per i corsi di aggiornamento per il riacquisto dei punti patente
- l'apposita tutela legale per i casi di incidente della circolazione stradale.

A tutti i Congressi SOI il ritiro del badge e della borsa potrà essere effettuato al desk dedicato ai Soci Benemeriti Sostenitori.

Perché associarsi

1. Un'estensione fino a 3.000.000 euro in eccesso a una copertura assicurativa già in essere pari ad almeno 2.000.000
2. Polizza di tutela legale penale con un massimale di 30.000 euro
3. Sistema di tutela professionale del medico oftalmologo
4. Relazione Ufficiale e i Quaderni di Oftalmologia formato elettronico
5. Percorsi FAD gratuiti
6. Ingresso gratuito ai Congressi SOI
7. "Notiziario SOI" - Organo Ufficiale dell'Associazione
8. Abbonamento annuale all'European Journal of Ophthalmology (su richiesta disponibile versione cartacea)
9. Possibilità di aderire alla convenzione assicurativa di RC professionale 1° rischio SOI con retroattività illimitata
10. Possibilità di garantirsi con una copertura postuma / postuma cambio qualifica
11. Possibilità di ottenere la CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ "CERSOI"- norma ISO 9001:2008
12. Sconto 25% sulle pubblicazioni Fabiano Editore e Visiogest
13. Convenzioni AAO-One Network, ESCRS

Relazione Ufficiale SOI 2018



MACULA UP TO DATE
DIAGNOSI E TRATTAMENTO

Coordinatori:

F. Bandello
M. Coppola
A. Rapisarda
L. Zeppa

Indice

Capitolo 1. Anatomia ed istologia della macula
Capitolo 2. Degenerazione maculare atrofica
Capitolo 3. Degenerazione maculare neovascolare
Capitolo 4. Vasculopatia coroideale polipoidale
Capitolo 5. La corioretinopatia sierosa centrale
Capitolo 6. La degenerazione maculare neovascolare nella miopia patologica
Capitolo 7. Dome shaped macula
Capitolo 8. Edema maculare diabetico
Capitolo 9. Edema maculare post occlusione venosa
Capitolo 10. Edema maculare post chirurgico
Capitolo 11. La macula nelle uveiti
Capitolo 12. Complicanze maculari della chirurgia per distacco di retina
Capitolo 13. Chirurgia della cataratta e maculopatie
Capitolo 14. Glaucoma e maculopatie
Capitolo 15. Foro maculare idiopatico: update
Capitolo 16. Il foro maculare lamellare
Capitolo 17. Membrana Epiretinica
Capitolo 18. Impianti retinici
Microchip epiretinico
Microchip sottoretinico
La retina artificiale
I trapianti di coroide ed epitelio pigmentato retinico

Richiedi informazioni in segreteria

www.soiweb.com

Congressi SOI

2018

98° CONGRESSO NAZIONALE SOI

ROMA, mercoledì 28 novembre – sabato 1° dicembre 2018

2019

17° CONGRESSO INTERNAZIONALE SOI

ROMA, giovedì 23 - sabato 25 maggio 2019

99° CONGRESSO NAZIONALE SOI

ROMA, mercoledì 20 - sabato 23 novembre 2019

2020

18° CONGRESSO INTERNAZIONALE SOI

ROMA, mercoledì 27 - sabato 30 maggio 2020

100° CONGRESSO NAZIONALE SOI

ROMA, mercoledì 18 - sabato 21 novembre 2020

EyeSee

news · networking · people

Il nuovo mezzo di informazione per gli oculisti italiani.

IL NUOVO MEZZO DI INFORMAZIONE PER GLI OCULISTI ITALIANI

EyeSee è una rivista il cui obiettivo principale è l'offerta di un'**informazione scientifica** puntuale e **al passo coi tempi**, per aggiornare ed istruire, oltre che costruire una **community** di esperti del settore e oftalmologi di **nuova generazione**.

EyeSee si propone come un **network di ricerca**, ricco di contributi, opinioni e idee.

Con un focus sulle più recenti **novità internazionali** e **nazionali** e con il coinvolgimento di key opinion leaders e giovani oftalmologi emergenti, la rivista propone la migliore e più aggiornata informazione **a livello globale** con uno sguardo attento a tutte le sottospecialità dell'oftalmologia.

La rivista avrà il doppio formato, **digitale** e **cartaceo**, con aggiornamenti multimediali a **flusso costante online** con approfondimenti riportati in un'edizione stampata a cadenza trimestrale.

FABIANO Gruppo Editoriale

www.eyeseenews.it
redazione@eyeseenews.it

Qualche pillola sull'Ortocheratologia

Le lenti Menicon Z Night **portate di notte** per **vedere bene durante il giorno** senza occhiali ne lenti a contatto

Il principio

Le lenti Menicon Z Night sono pensate nello specifico per rimodellare la cornea durante le ore di sonno, in modo reversibile.

Per chi?

- Bambini con miopia evolutiva
- Sportivi
- Alcuni mestieri come pompieri, parrucchieri, lavori nei cantieri, attività all'aria aperta...
- Per coloro che non tollerano le lenti a contatto
- In alternativa alla chirurgia refrattiva

Indiciazioni delle lenti

Menicon Z Night

- Miopia ≤ -4,00d
- Astigmatismo corneale secondo regola ≤ 1,50d
- Astigmatismo corneale contro regola ≤ 0,75d

Menicon Z Night Toric

- Calcolo in funzione del cilindro corneale periferico
- Astigmatismo corneale secondo regola ≤ -2,50d
- Astigmatismo corneale contro regola ≤ -1,50d

Menicon

Transitions™
light under control™
100% COMFORT VISIVO
IN OGNI CONDIZIONE DI LUCE
100% PROTEZIONE
RAGGI UV E LUCE BLU
100% VERSATILI
ATTIVAZIONE ANCHE IN AUTO
LENTI DA VISTA
INTELLIGENTI ALLA LUCE
DA CHIARE
A SCURE
www.transitions.it
Le prestazioni fotocromatiche sono influenzate da fattori quali temperatura, esposizione UV e materiale ottico della lente. Le lenti Transitions sono un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze o istruzioni per l'uso. Aut. Min. n° 45138

La forza della semplicità[1]

GLAUCOMA GEL IMPLANT

Ripensa alla gestione del glaucoma

Introduzione a XEN

1. Fea A. et al, Xen: primi risultati e analisi strutturale della bozza, IROO, n.4, dicembre 2016

XEN è un dispositivo medico CE - Materiale ad esclusivo uso del medico.

IT/GLCM0647/10

LA sinergia rivolta al CONTROLLO

CURCUMINOIDI E ACIDI BOSWELLICI AD ALTA BIOSDISPONIBILITÀ

Agisce su più fronti per ristabilire l'equilibrio tissutale.
Rafforza la sinergia dei singoli componenti,
grazie alla sua miscela innovativa.

EYEPHARMA

www.eyepharma.com