

Vedere meglio, vivere meglio, tutti

La relazione degli italiani
con i disturbi visivi ed il sistema sanitario

Rapporto 2025



ONESIGHT
EssilorLuxottica Foundation



Vedere meglio, vivere meglio, tutti

**La relazione degli italiani
con i disturbi visivi ed il sistema sanitario**

Rapporto 2025



ONESIGHT
EssilorLuxottica Foundation



Ottobre 2025

Ricerca e stesura a cura del Centro Studi Investimenti Sociali Censis:
Gruppo di lavoro coordinato da
Francesco Maietta Responsabile Area Consumi, Mercati e Welfare;
composto da Gabriella Addonizio, Vittoria Coletta, Costanza Corsini, Laura Paulizzi.

L'autore e l'editore declinano ogni responsabilità per eventuali errori contenuti nel testo.
Tutti i diritti sono riservati. È vietata ogni riproduzione totale o parziale.
Impaginazione a cura di LTM&Partners srl
Stampa a cura di Printamente srl

Introduzione

ANDREA RENDINA

Segretario Generale Fondazione OneSight EssilorLuxottica Italia ETS

Consentire agli individui di realizzare il loro pieno potenziale è chiaramente un bene per tutti, bambini, famiglie, comunità, società ed economie. La nostra possibilità di socializzare, studiare, lavorare, di godere appieno della vita è fortemente legata alla nostra capacità visiva e la vista è il nostro senso più potente.

Nel mondo purtroppo vi sono circa 2,7 miliardi di persone con difetti visivi che non possono accedere a visite oculistiche o indossare un occhiale da vista, per motivi economici o perché residenti in aree del mondo prive di assistenza oculistica ed una sfavorevole condizione visiva crea loro una ulteriore penalizzazione ad una vita già molto complessa.

Una buona vista è quindi un fattore fondamentale per ridurre il gap sociale ed economico. In questo contesto opera la Fondazione OneSight EssilorLuxottica, partner della Organizzazione Mondiale della Sanità in merito al programma SPECS 2030, con l'obiettivo di contribuire a far sì che entro il 2050, una generazione da oggi, tutti possano avere accesso a cure oculistiche ed occhiali da vista.

Anche l'Italia non è esente da questa problematica:

- gli italiani sono sempre più miopi e vedranno sempre meno (15 milioni che aumenteranno del 50% entro il 2030);
- Gli italiani in condizione di fragilità oculistica, ovvero coloro con problemi alla vista e con difficoltà economiche ad accedere alle cure, rinunciano a vedere bene (l'83,5% ha avuto difficoltà o ha rinunciato alla sostituzione degli occhiali e il 78,2 % alle visite oculistiche);
- povertà in aumento, invecchiamento progressivo della popolazione, elevati costi di aggiornamento tecnologico, necessità di personale sanitario sono fattori critici da presidiare.

La Fondazione OneSight EssilorLuxottica Italia ETS, oltre all'intenso programma filantropico di donazioni di visite oculistiche ed occhiali da vista, contribuisce con il suo Osservatorio Vista ad una maggiore diffusione e conoscenza del quadro della salute oculare degli italiani, chiarendone gli aspetti positivi, le sue criticità e le sue prospettive, con un'attenzione particolare alle persone svantaggiate.

Il Rapporto 2025 della Fondazione in collaborazione con il Censis è dedicato all'analisi ed interpretazione dell'evoluzione del rapporto degli italiani con le prestazioni oculistiche nell'ambito del Servizio sanitario, con particolare riferimento agli ostacoli all'accesso, come la lunghezza delle liste di attesa, ed alle soluzioni prescelte, dalla rassegnata accettazione dei tempi lunghi alla migrazione nella sanità a pagamento.

Così come la Fondazione, anche il Rapporto ha degli obiettivi ambiziosi, ci ripromettiamo che non solo sia concreto ed interessante ma che stimoli la discussione, aumenti la consapevolezza sui problemi legati alla vista ed ispiri un cambiamento sistemico volto a rendere la buona visione accessibile a tutti.

Indice

1. La relazione degli italiani con i disturbi visivi ed il sistema sanitario	9
1.1. <i>Il Rapporto 2025</i>	9
1.2. <i>La sintesi</i>	10
1.3. <i>I numeri</i>	11
2. I connotati di chi vede meno bene	17
2.1. <i>Un fenomeno di massa</i>	17
2.1.1. <i>I coinvolti</i>	17
2.1.2. <i>I disturbi visivi</i>	18
2.1.3. <i>L'età della scoperta</i>	19
2.1.4. <i>Gli strumenti correttivi, compagni permanenti e silenziosi</i>	21
2.1.5. <i>Oltre il Clark Kent effect</i>	23
2.2. <i>La tutela della salute visiva</i>	24
2.2.1. <i>La prevenzione primaria</i>	24
2.2.2. <i>La prevenzione secondaria</i>	27
2.2.3. <i>Il caso dei minori</i>	28
3. La fuoriuscita dal perimetro del Servizio sanitario	31
3.1. <i>Il contesto più generale</i>	31
3.2. <i>Il caso dell'oftalmologia</i>	31
3.3. <i>I percorsi di cura</i>	32
3.3.1. <i>A chi ci si rivolge e perché</i>	32
3.3.2. <i>Gli interlocutori abituali</i>	33
3.3.3. <i>Il quadro per area geografica</i>	34
3.4. <i>Il rapporto con il Servizio sanitario nel corso di un anno</i>	35
3.4.1. <i>L'esito dei tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario</i>	35
3.4.2. <i>Il senso di una dinamica evidente</i>	36
3.4.3. <i>Lunghe liste di attesa</i>	36
3.5. <i>Il bilancio annuale delle prestazioni oculistiche</i>	37
3.5.1. <i>Pubblico, privato o surfista?</i>	37
3.5.2. <i>Chi sceglie di rivolgersi direttamente al privato e perché</i>	38
3.6. <i>Rischi futuri</i>	39
3.6.1. <i>La deriva</i>	39
3.6.2. <i>Dati sull'oculistica nel Servizio sanitario</i>	39
3.6.3. <i>L'oculistica come spesa costituzionalmente necessaria</i>	40
4. L'esperienza dei Pronto Soccorso	43
4.1. <i>Numeri per capire</i>	43
4.1.1. <i>Una riduzione consistente</i>	43
4.1.2. <i>Accessi per emergenze oculistiche nell'ultimo anno</i>	44
4.1.3. <i>Il senso dei dati</i>	45
5. Effetti socialmente regressivi	47
5.1. <i>La spirale divaricante</i>	47
5.1.1. <i>Esempio disparità nella prevenzione</i>	47
5.1.2. <i>L'equità tradita</i>	48
5.1.3. <i>I rischi di peggioramento</i>	49

5.2. <i>Una spesa che pesa</i>	49
5.2.1. <i>Pressione ulteriore sui budget familiari</i>	49
5.2.2. <i>Spiazzamento di altre spese ai rinvii e rinunce</i>	50
5.3. <i>Le rappresentazioni sociali</i>	51
5.3.1. <i>Salute della vista diseguale</i>	51
5.3.2. <i>L'oculistica è privata, ma a volte per scelta</i>	52
6. L'importante contributo di Terzo settore e Volontariato	55
6.1. <i>Ammortizzando l'erosione del welfare pubblico</i>	55
6.2. <i>Una funzione positiva</i>	56
6.2.1. <i>Nell'oculistica</i>	56
6.2.2. <i>Apprezzamento diffuso</i>	57
7. Soluzione unica per difetti della vista e dell'udito	59
7.1. <i>Il quadro quantitativo</i>	59
7.1.1. <i>Disturbi uditivi</i>	59
7.2. <i>Le soluzioni</i>	60
7.2.1. <i>Gli apparecchi acustici: innovati ma poco adottati</i>	60
7.2.2. <i>Occhiali con dispositivo acustico</i>	61
8. Gli scenari demografici e le loro conseguenze	63
8.1. <i>Quel che presumibilmente accadrà</i>	63
8.1.1. <i>La minaccia</i>	63
8.1.2. <i>Cambio di paradigma</i>	64
8.1.3. <i>I poderosi numeri dell'invecchiamento</i>	64
8.1.4. <i>Effetti probabili sull'oculistica e quel che sarebbe urgente fare</i>	65



La relazione degli italiani con i disturbi visivi ed il sistema sanitario

1.1 Il Rapporto 2025

La presente edizione del Rapporto, in continuità con la prima, conferma che i disturbi visivi sono un fenomeno di massa in grado di condizionare la vita di milioni di italiani. Con occhiali e lenti a contatto e una molteplicità di concreti comportamenti adattivi quotidiani, gli italiani riescono a gestire i difetti refrattivi, ammortizzandone gli effetti.

Diversa è però la situazione per la prevenzione secondaria delle patologie oculari, dalle visite oculistiche agli accertamenti specialistici agli interventi chirurgici, che risentono delle crescenti difficoltà di accesso al Servizio sanitario che stenta a rispondere ai fabbisogni sanitari dei cittadini.

Così l'oculistica nell'esperienza dei cittadini diventa sempre più componente della sanità a pagamento che genera una spesa privata che pesa molto sui budget delle famiglie coinvolte.

Epicentro della presente edizione è proprio l'analisi e l'interpretazione dell'evoluzione del rapporto degli italiani con le prestazioni oculistiche nell'ambito del Servizio sanitario, con particolare riferimento agli ostacoli all'accesso, come la lunghezza delle liste di attesa, ed alle soluzioni prescelte, dalla rassegnata accettazione dei tempi lunghi alla migrazione nella sanità a pagamento.

La tradizionale ridotta attenzione all'oculistica deve misurarsi con la già citata rilevanza che i deficit della vista hanno sugli ambiti di vita quotidiana delle persone, dalle relazioni al lavoro. Una buona vista è un costitutivo non solo della buona salute, ma dell'autonomia soggettiva, valore primario della nostra società.

Non garantire a *tutti ovunque* la possibilità di fare prevenzione, di adattare nel tempo gli strumenti correttivi, dagli occhiali alle lenti a contatto, e di accedere in tempi appropriati alle prestazioni oculistiche di cui hanno bisogno genera costi sociali rilevanti, poiché peggiora nell'immediato la qualità della vita degli individui e porta il Servizio sanitario a dover fare i conti con persone i cui difetti visivi o patologie oculistiche sono ben più gravi di quel che sarebbero stati intervenendo precocemente.

Novità significativa della presente edizione è, poi, l'individuazione delle persone che soffrono di difetti uditivi, l'eventuale coesistenza con difetti della vista, le soluzioni a cui ricorrono i cittadini e la eventuale disponibilità a ricorrere ad occhiali che incorporano anche

dispositivi uditivi. In un paese che invecchia, è fondamentale rendere disponibili al più gran numero di persone soluzioni in grado di garantire alle persone di ogni età l'autonomia individuale e la miglior efficienza operativa possibile nel quotidiano.

La prima edizione aveva colmato una lacuna conoscitiva importante, individuando le persone con problemi alla vista e in difficoltà per ragioni economiche nell'accesso a visite oculistiche, dispositivi correttivi (occhiali e lenti a contatto) e farmaci oftalmici, vale a dire un segmento di popolazione definito, in modo inedito, in condizione di *fragilità oculistica*. La seconda edizione rafforza ed amplia il quadro già delineato, facendo del Rapporto un pilastro dell'*Osservatorio Vista*, potenziandone così ulteriormente il ruolo di riferimento essenziale per comprendere bisogni, aspettative e difficoltà di chi soffre di deficit visivi e, a questo punto, anche uditivi, così come delle risposte, pubbliche e private, attualmente disponibili nel nostro Paese.

Delle criticità nel rapporto delle persone con deficit della vista con il Servizio sanitario e delle conseguenze economiche e sociali della progressiva privatizzazione di una parte rilevante delle attività di prevenzione e cura oculistica, questo Secondo Rapporto offre un quadro puntuale riguardo agli ostacoli percepiti (allungamento dei tempi di attesa, problematiche economiche, ecc.) e alle soluzioni adottate (accettazione dei tempi, ricorso alla sanità a pagamento, rinvio o rinuncia alle cure, ecc.).

Un racconto potente, impressivo, fondato su una base di dati solida e per molti aspetti inedita: ecco il valore di quel che nelle pagine successive viene descritto diffusamente.

1.2 La sintesi

Quasi 8 italiani su 10 dichiarano di soffrire di disturbi della vista, di cui metà di miopia e un quinto di presbiopia. Difetti refrattivi o malattie oculari che limitano l'efficienza operativa delle persone nel quotidiano e ne riducono la qualità della vita e, inoltre, in assenza di comportamenti e interventi appropriati rischiano di peggiorare nel tempo ampliando esigenze e costi assistenziali.

Eppure, è cresciuta di molto l'attenzione degli italiani alla tutela della salute della vista poiché, ad esempio, nelle generazioni più giovani i disturbi della vista sono intercettati più precocemente rispetto al passato e una molteplicità di comportamenti protettivi quotidiani sono adottati da alte quote della popolazione. Meno radicata è invece la prevenzione secondaria, quella fatta di visite oculistiche periodiche ed eventuali esami specialistici.

Una delle ragioni fondamentali è di certo l'evidente difficoltà di accesso al Servizio sanitario tanto che, per la maggioranza degli italiani, l'interlocutore primario per le visite oculistiche e gli esami specialistici sono professionisti e strutture della sanità a pagamento.

Su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, in 39 casi di fronte ai tempi troppo lunghi di attesa per l'accesso alle prestazioni oculistiche le persone scelgono di rivolgersi alla sanità a pagamento, tra privato e intramoenia.

In pratica, in un anno tra gli italiani che hanno avuto necessità di prenotare una o più prestazioni oculistiche, circa il 60% le ha svolte nel privato, direttamente o anche dopo aver provato a prenotare nel Servizio sanitario e ha desistito dall'attesa perché troppo lunga.

Ridotto è inoltre il ricorso ai punti di Pronto Soccorso per emergenze oculistiche dove, tra coloro che arrivano, poi nel triage la grande maggioranza viene definita come non urgente e tanti, fiaccati dai tempi di attesa, vanno via per poi rivolgersi al privato.

Esiti delle alte barriere d'accesso alla sanità pubblica e convenzionata, è che il *core* dell'oculistica italiana si svolge nel privato, che le spese per oculistica, dalle prestazioni agli strumenti correttivi ai farmaci, pesano in modo rilevante sui budget di quote elevate di famiglie, con effetti socialmente regressivi.

Percentuali significative di famiglie, in particolare a più basso reddito, per finanziare l'acquisto di prestazioni oculistiche o di occhiali o lenti a contatto sono costrette a tagliare altre spese oppure, in alcuni momenti più difficili, a rinviare o addirittura rinunciare alle spese.

Così, prevale nella convinzione collettiva che la tutela della salute della vista varia in funzione della condizione economica: i benestanti possono più agevolmente praticare la prevenzione oculistica e accedere con tempestività a esami specialistici e, eventualmente, anche a operazioni chirurgiche come, ad esempio, quelle della cataratta che oggi sono in grado di restituire alle persone piena efficienza nel quotidiano.

Una situazione che visibilmente contrasta con la logica fondativa del Servizio sanitario, della tutela universalistica della salute inclusa quella della vista, per tutti e ovunque.

Molto apprezzato l'impegno del Terzo Settore e del Volontariato che erogano prestazioni oculistiche a prezzi calmierati o gratuitamente, facilitando l'accesso a chi ha difficoltà economiche e garantendo così la tutela della vista, tra prestazioni e occhiali, a chi è totalmente privo di risorse economiche. Gli italiani, però, più in generale si aspettano un cambio di passo per l'oculistica nel Servizio sanitario in termini di investimenti su capacità di accoglienza, nuove tecnologie e numero di medici oculisti disponibili, per finalmente avere un'offerta di prestazioni oculistiche più in linea con i fabbisogni dei cittadini e in grado di rendere accessibili a tutti le nuove opportunità di diagnosi, prevenzione e cure rese disponibili dalle notevoli innovazioni della ricerca.

1.3 I numeri

Quasi otto italiani su dieci non vedono bene. Dall'indagine emerge che in Italia il 77,1% degli italiani dichiara di avere almeno un difetto refrattivo o una malattia oculare. È una condizione largamente diffusa poiché coinvolge il 75,7% degli uomini e il 78,4% delle donne; il 75,9% dei redditi bassi, il 72,5% dei medio-bassi, il 77,3% dei medio-alti e l'86,8% di quelli alti. Inoltre, il 94,4% dichiara che la diagnosi gli è stata fatta da un oculista, mentre il 5,6% ne ha riconosciuto da solo i sintomi. Riguardo alle tipologie di difetti o patologie, il 46,6% degli italiani dichiara di soffrire di miopia, il 20,8% di presbiopia, il 29,7% di astigmatismo e il 7% di ipermetropia.

La scoperta sempre più precoce. Il 9,8% ha scoperto di avere un disturbo visivo tra gli 0 e i 6 anni, il 15,7% tra i 7 e gli 11 anni, il 25,4% tra i 12 e i 19 anni, il 17,4% tra i 20 e i 39 anni, il 24,5% tra i 40 e i 59 anni, il 7,2% a 60 anni o più. Ha scoperto di avere un disturbo visivo entro gli 11 anni il 34,5% dei giovani, il 27,2% degli adulti e il 14% degli anziani.

Gli strumenti correttivi, compagni permanenti e silenziosi. Gli strumenti correttivi sono una presenza costante per chi soffre di disturbi visivi. In particolare, il 58,8% deve portare strumenti correttivi in permanenza e il 41,2% li porta al bisogno (ad esempio, per leggere o quando usa il pc). Deve portare strumenti correttivi in permanenza il 71,8% dei giovani, il 59,5% degli adulti e il 46,3% degli anziani. Deve invece portarli al bisogno, il 28,2% dei giovani, il 40,5% degli adulti e il 53,7% degli anziani.

Occhiali o lenti a contatto? Il 92,8% di chi soffre di almeno un disturbo visivo indossa occhiali o lenti a contatto, mentre il 7,2% non li usa. In particolare, il 66,4% utilizza esclusivamente occhiali da vista, il 24,9% usa anche lenti a contatto e l'1,5% usa solo lenti a contatto. Usa solo occhiali da vista il 50% dei giovani, il 62,1% degli adulti e l'89,7% degli anziani. Mentre indossa occhiali da vista e lenti a contatto il 39,9% dei giovani, il 28,6% degli adulti e il 4,2% degli anziani.

La prevenzione primaria. Gli italiani adottano una serie di comportamenti nel quotidiano per prevenire problemi agli occhi: il 69,8% evita di leggere in condizioni di scarsa luminosità, il 66,9% indossa occhiali da sole anche nelle giornate invernali, per difendere la vista dall'esposizione solare e il 51,1% evita di strofinarsi gli occhi. Riguardo all'adozione di misure di protezione per prevenire lesioni oculari, il 38,8% utilizza dispositivi protettivi in lavori manuali potenzialmente rischiosi, il 34,4% presta attenzione alla sicurezza dei giocattoli per i più piccoli e il 28,3% si protegge con occhiali specifici durante l'attività sportiva. Poi si adottano piccole misure per ridurre l'affaticamento degli occhi dovuto all'uso intensivo degli schermi: il 56,1% fa pause regolari per riposare gli occhi durante il lavoro al computer, il 41,9% attiva modalità a luce gialla per alleviare la fatica visiva e il 30% utilizza occhiali anti-luce blu per limitare l'impatto della luce degli schermi.

Faccio la visita solo se ho un problema. Al 50,1% degli italiani nell'ultimo anno è capitato di recarsi da un oculista o un ottico per disturbi visivi, al 28,5% non capita da due o tre anni, al 15,7% da più di tre anni e all'1,6% mai. Il 67,6% ricorre alla visita oculistica solo se ha un problema (ad esempio, se la graduazione degli occhiali non va più bene). In particolare, lo fa il 66,5% dei residenti al Nord-Ovest, il 66,5% al Nord-Est, il 67,9% al Centro e il 68,9% al Sud-Isole. E il 77,3% dei redditi bassi, il 67,1% dei medio-bassi, il 63,6% dei medio-alti e il 62,3% di quelli alti.

La tutela della vista dei minori. L'80,7% delle famiglie dichiara che ha fatto fare controlli alla vista ai propri figli. In particolare, il 6,9% alla nascita, il 34,2% prima dei tre anni, il 43,4% all'ingresso nella scuola elementare e il 15,7% a un'età più avanzata. In pratica, il 41% prima dei tre anni, il resto dopo.

Il privato interlocutore primo. Per le visite oculistiche il 62,8% degli italiani che ha almeno un disturbo visivo di solito si rivolge al privato, il 32,8% al Servizio sanitario e il 4,4% all'intramoenia. Per gli esami specialistici, invece, le quote corrispondenti sono il 51,9% che va nel privato, il 42,5% nel Servizio sanitario e il 5,6% all'intramoenia. Infine, per gli interventi chirurgici per patologie dell'occhio, il 60,4% si rivolge al Servizio sanitario, il 35% al privato e il 4,6% all'intramoenia. Per gran parte delle prestazioni oculistiche il riferimento primario è la sanità a pagamento, per gli interventi chirurgici lo è di più il Servizio sanitario.

La trasmigrazione nella sanità a pagamento. Per 100 tentativi di prenotazione in un anno nel Servizio sanitario di prestazioni come visite oculistiche ed esami specialistici della vista, in 39 casi i cittadini non hanno atteso e si sono rivolti alla sanità a pagamento per svolgere la prestazione (in 35 casi nel Nord-Ovest, in 34 nel Nord-Est, in 36 nel Centro e in 48 casi al Sud-Isole). Riguardo alle visite oculistiche per 100 tentativi di prenotazione nel

Servizio sanitario in quasi 40 casi le persone sono finite nella sanità a pagamento (i giovani in 55 casi, gli adulti in 43 e gli anziani in 27). Per gli esami specialistici, per 100 tentativi di prenotazione in 40 casi i cittadini hanno optato per la sanità a pagamento (in 27 casi nel Nord-ovest, in 28 casi nel Nord-Est, in 47 casi al Centro e in 56 casi nel Sud-Isole).

Pubblico, privato o surfista? In un anno, tra gli italiani che hanno avuto bisogno di prenotare una o più prestazioni oculistiche il 24,1% le ha effettuate esclusivamente nel Servizio sanitario tra pubblico e privato accreditato. Il 60,9% le ha invece svolte nel privato, direttamente o anche dopo aver tentato di prenotare nel Servizio sanitario. Il 15% è un *surfista*, poiché ha prenotato prestazioni sia nel Servizio sanitario che nel privato durante l'anno. In particolare, il 16,7% dei residenti al Nord-Ovest, il 19,8% al Nord-Est, il 15,2% al Centro e 10,7% al Sud-Isole.

Perché scegliere di rivolgersi direttamente al privato. Il 65,6% perché convinto che la lista d'attesa nel Servizio sanitario sia troppo lunga, il 33,9% per la volontà di scegliere un medico o una struttura di fiducia, il 16% per poter beneficiare di orari più comodi. Poi il 17,6% indica la ricerca di servizi migliori e più personalizzati, l'8,4% la convinzione che il privato sia più conveniente e l'8,2% la distanza o la difficoltà nel raggiungere le strutture pubbliche o accreditate dalla propria residenza.

Liste di attesa lunghe o bloccate. In media, chi prenota nel Servizio sanitario deve affrontare 102 giorni (vale a dire 3 mesi e 12 giorni) di attesa per le visite oculistiche e 92 giorni (praticamente tre mesi pieni) per gli esami specialistici. E poi c'è il 26,2% di persone che dichiara di aver provato a prenotare una visita oculistica nel pubblico scoprendo che la lista d'attesa era bloccata e/o chiusa.

Sanità miope. Dati Agenas indicano che per la prima visita oculistica si sono registrate nel periodo gennaio-giugno 2025 quasi 1,4 milioni di prenotazioni. Riguardo alla distribuzione delle prenotazioni per classe di priorità della ricetta nell'1,7% dei casi l'attesa è stata di 72 ore (cioè classe U), nel 10,4% delle prenotazioni di 10 giorni (classe di priorità B), nel 44,4% di 30 giorni per le visite e di 60 giorni per gli esami (priorità D), nel 43,6% di 120 giorni (classe di priorità P).

L'oculistica desiderata. Per l'88,3% degli italiani il Servizio sanitario dovrebbe garantire anche gli interventi per correggere miopia, astigmatismo o ipermetropia e ne sono convinti l'87% dei cittadini del Nord-Ovest, l'88,7% del Nord-Est, l'87,7% del Centro e l'89,5% del Sud-Isole. Il 77,3% dei giovani, l'89,5% degli adulti e il 94,1% degli anziani. Ecco il consenso sociale sull'idea che l'oftalmologia dovrebbe svolgersi in prevalenza all'interno del Servizio sanitario.

L'esperienza del Pronto Soccorso. Nell'ultimo anno al 14,7% degli italiani è capitato di rivolgersi ad un Pronto Soccorso generale e/o oftalmico per emergenze oculistiche come ferite, traumi o corpi estranei negli occhi. A farlo è stato il 14,7% dei residenti nel Nord Ovest, il 15,9% nel Nord Est, il 15,5% nel Centro e il 13,6% nel Sud e nelle Isole. L'esito del triage è stato: il 31,8% ha ricevuto un codice bianco, il 39,5% verde, il 5% azzurro, il 9,7%

arancione e il 4,5% rosso. Inoltre, il 76,4% ha atteso e poi fatto la visita e il 23,6% ha finito per non fare la visita.

L'equità tradita. Il 31,2% degli italiani non è in grado di fare prevenzione oculistica come vorrebbe per ragioni economiche. Condizione condivisa dal 28,2% al Nord-Ovest, dal 26% al Nord-Est, dal 27% al Centro e dal 39,2% al Sud-Isole. E poi dal 48,6% delle persone a basso reddito e solo dal 5,4% di quelle a reddito più alto. Inoltre, il 32% delle persone che hanno almeno un disturbo visivo dichiara che il proprio oculista o medico gli ha esplicitamente detto che, senza modifiche al proprio stile di vita oppure in assenza di determinate cure, il problema di cui soffre è destinato ad aggravarsi.

Il peso sui budget familiari. Per il 51,6% degli italiani le spese per la cura della vista pesano sul proprio budget familiare: in particolare, per il 10,9% pesano molto e per il 40,7% abbastanza. Poi, per il restante 37,8% pesano poco e solo per il 10,6% non pesano. È una spesa che pesa molto o abbastanza per il 44,9% dei residenti al Nord-Ovest, per il 42,1% al Nord-Est, per il 53,4% al Centro e per il 61,6% nel Sud-Isole. E ancora per il 63,3% dei redditi bassi e per il 39,2% di quelli alti. Per gli italiani, quindi, *la vista non è sempre uguale per tutti* poiché l'85,3% ritiene che chi dispone di maggiori risorse economiche riesce a curare meglio la propria salute visiva. Lo pensa il 78,3% dei giovani, l'86,7% degli adulti e l'87,9% degli anziani.

Tagli, rinvii e rinunce. Il 24,2% degli italiani ha dovuto tagliare altre spese importanti per accedere a visite oculistiche, accertamenti diagnostici o strumenti correttivi. E lo ha dovuto fare il 40% dei bassi redditi, il 24,6% di quelli medio-bassi, il 21,9% di quelli medio-alti e il 5,5% di quelli più alti. Inoltre, il 19% degli italiani ha dovuto rinviare o rinunciare a qualche spesa per prestazioni sanitarie o per strumenti correttivi, da occhiali a lenti a contatto, perché in quel momento non poteva sostenerne il costo. È accaduto al 16,7% dei residenti al Nord-Ovest, al 15,2% al Nord-Est, al 16% al Centro e al 25% nel Sud-Isole. E ancora: al 34% dei redditi bassi, al 17,2% di quelli medio-bassi, al 17,3% dei medio-alti e al 3,7% di quelli più alti.

L'oculistica è privata, ma a volte per scelta. Il 69,8% degli italiani ritiene che l'oftalmologia sia ormai, proprio come l'odontoiatria, afferente alla sanità a pagamento. Ne sono convinti il 68,3% nel Nord-Ovest, il 68,6% nel Nord-Est, il 66,3% al Centro e il 73,9% nel Sud-Isole; il 72,1% dei giovani, il 72,4% degli adulti e il 63,8% degli anziani. Tuttavia, tale privatizzazione è da attribuire, in parte, anche alla volontà di scegliere il proprio interlocutore poiché l'81,5% degli italiani preferisce essere seguito da un solo medico oculista piuttosto che doverlo cambiare ad ogni visita. Desiderio condiviso dall'81,7% nel Nord-Ovest, dal 77,7% nel Nord-Est, dall'80,6% al Centro e l'84,1%, Sud-Isole; poi dal 76,7% dei giovani, dal 78,7% degli adulti e dall'89,8% degli anziani.

Il buon giudizio del Terzo settore nell'oftalmologia. Il 76,3% degli italiani valuta positivamente il contributo del Terzo settore e del Volontariato nell'erogazione di cure oculistiche, altrimenti difficilmente accessibili tramite il Servizio sanitario. Giudizio positivo condiviso dal 72,7% dei giovani, dall'80,4% degli adulti e dal 71,8% degli anziani. Dal 79%

dei residenti nel Nord-Ovest, dal 73,2% nel Nord-Est, dal 73,8% nel Centro e dal 77,4% nel Sud-Isole. Alto è quindi l'apprezzamento per Terzo settore e Volontariato poiché generano valore sociale offrendo cure accessibili a chi non potrebbe permetterselo.

Disturbi uditivi. Il 13,4% degli italiani ha ricevuto una diagnosi medica di disturbo uditivo, mentre un ulteriore 10,1% ritiene di esserne affetto, pur senza aver avuto una valutazione specialistica. A soffrire al contempo di difetti visivi e uditivi diagnosticati sono l'11,8% degli italiani.

Apparecchi acustici ancora poco adottati. Solo il 3,9% degli intervistati dichiara di indossare un apparecchio acustico. Persiste pertanto uno stigma sociale verso gli apparecchi uditivi, malgrado l'indubbio miglioramento della loro *social reputation* grazie alle innovazioni tecnologiche e di design degli ultimi anni.

Vedere per sentire. Il 60,5% di chi soffre di disturbi sia visivi che uditivi diagnosticati sarebbe disposto ad indossare nel quotidiano occhiali con incorporato un apparecchio acustico. Lo sviluppo tecnologico ha quindi ormai reso disponibili dispositivi integrati, soluzioni presumibilmente anche in grado di abbattere lo stigma associato al disturbo uditivo a prezzi più sostenibili.



ONESIGHT
EssilorLuxottica Foundation



ONESIGHT
EssilorLuxottica Foundation

ONESIGHT
EssilorLuxottica Foundation

TOPCON

CT-1P

Form with text and checkboxes, likely a patient information or consent form.

I connotati di chi vede meno bene

2.1. Un fenomeno di massa

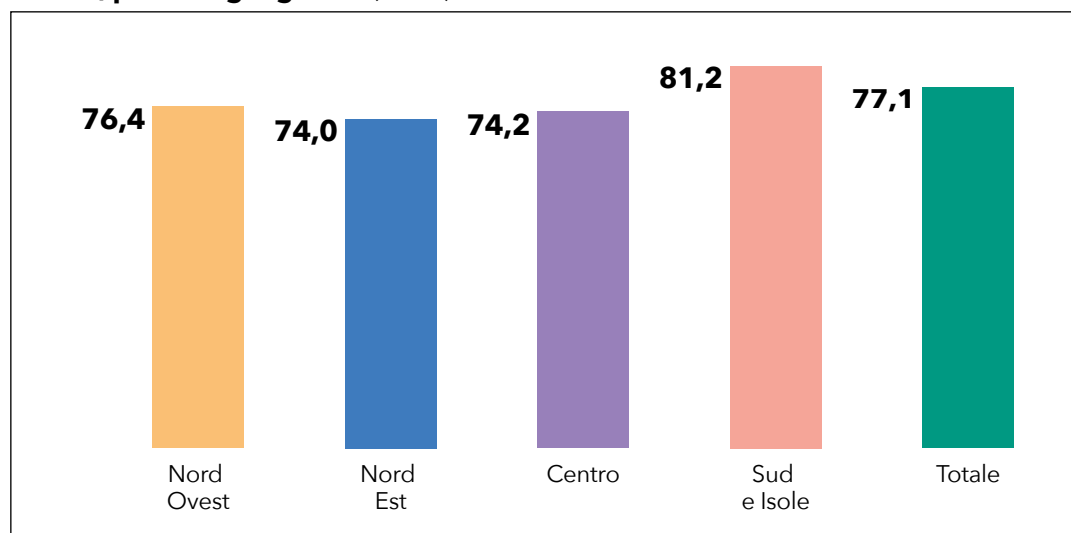
2.1.1. I coinvolti

In Italia dichiara di avere almeno un difetto o una malattia oculare è il 77,1% dei cittadini (**fig. 1**).

In particolare:

- il 42,5% dichiara di soffrire di un disturbo visivo;
- il 25,8% di due disturbi;
- l'8,8% di tre disturbi o più.

Fig. 1 - Italiani che dichiarano di soffrire di almeno un difetto della vista o di malattie oculari, per area geografica (val.%)



Fonte: indagine Censis, 2025

E si tratta di una condizione largamente diffusa e che accomuna le persone per genere, area geografica e condizione economica poiché ritiene di soffrire di almeno un disturbo visivo:

- il 75,7% degli uomini e il 78,4% delle donne;
- il 76,4% dei residenti al Nord-Ovest, il 74% al Nord-Est, il 74,2% al Centro e l'81,2% al Sud-Isole;
- il 75,9% dei redditi bassi, il 72,5% dei medio-bassi, il 77,3% dei medio-alti e l'86,8% di quelli alti.

Inoltre, il 94,4% dichiara che la diagnosi gli è stata fatta da un oculista, mentre il 5,6% pensa di soffrire di un qualche disturbo visivo perché ne ha riconosciuto da solo i sintomi. Sono dati che evidenziano come non vedere bene sia una condizione ordinaria della vita quotidiana e dell'esperienza personale di una larga fetta della popolazione. Eppure nonostante la loro diffusione i problemi della vista rappresentano una realtà silenziosa, spesso ai margini dell'attenzione pubblica quando invece si tratta di un fenomeno che tocca direttamente la qualità della vita, l'autonomia, la produttività sul lavoro, l'efficacia nell'apprendimento scolastico e, più in generale, il benessere.

Pertanto, avere un disturbo visivo non può più essere considerato un'eccezione, ma quasi una condizione fisiologica dell'esistenza per una larga quota di italiani.

2.1.2. I disturbi visivi

Quali sono i disturbi della vista più diffusi? Dai dati emerge che:

- il 46,6% degli italiani dichiara di soffrire di miopia;
- il 29,7% di astigmatismo;
- il 20,8% di presbiopia;
- il 7% di ipermetropia (**tab. 1**).

Tab. 1 - Italiani per tipologie di difetti della vista o malattie oculari, per genere (val. %)

<i>Soffre di difetti della vista o di malattie oculari?</i>	Uomini	Donne	Totale
Almeno un difetto della vista o malattia oculare	75,7	78,4	77,1
di cui:			
- Miopia	45,8	47,4	46,6
- Astigmatismo	31,8	27,7	29,7
- Presbiopia	18,2	23,3	20,8
- Ipermetropia	5,6	8,3	7,0
No	24,3	21,6	22,9
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2025

I disturbi più diffusi, quindi, sono rappresentati dai difetti visivi come miopia, presbiopia, astigmatismo e ipermetropia, ovvero da quei difetti che sono generalmente correggibili tramite strumenti correttivi come occhiali o lenti a contatto.

Inoltre, l'analisi per genere mostra che:

- la miopia colpisce il 45,8% degli uomini e il 47,4% delle donne;
- la presbiopia coinvolge il 18,2% degli uomini e il 23,3% delle donne;
- l'astigmatismo è proprio del 31,8% degli uomini e del 27,7% delle donne;
- l'ipermetropia interessa il 5,6% degli uomini e l'8,3% delle donne.

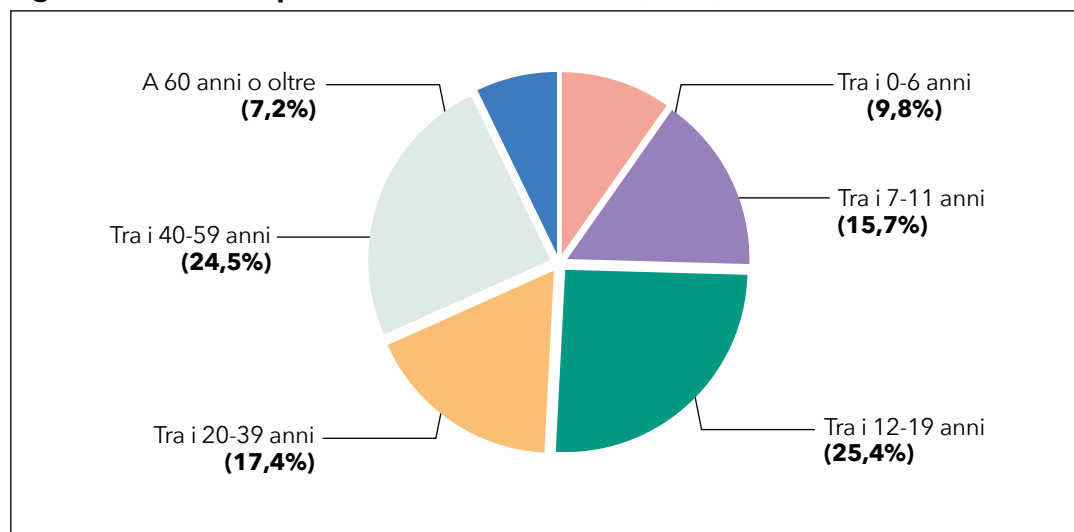
È chiaro che i difetti visivi sono una condizione diffusa che interessa senza particolari distinzioni gli uomini e le donne, a conferma della sua natura trasversale.

2.1.3. L'età della scoperta

L'emersione della consapevolezza di un disturbo visivo si distribuisce lungo tutto l'arco della vita:

- il 9,8% lo ha scoperto tra gli 0 e i 6 anni;
- il 15,7% tra i 7 e gli 11 anni;
- il 25,4% tra i 12 e i 19 anni;
- il 17,4% tra i 20 e i 39 anni;
- il 24,5% tra i 40 e i 59 anni;
- il 7,2% a 60 anni o oltre (**fig. 2**).

Fig. 2 - L'età della scoperta del disturbo della vista (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2025

È evidente come la presa di coscienza del disturbo della vista non sia solo un evento di natura fisiologica, ma rappresenti un momento significativo nel percorso di autonomia individuale e sociale, collocandosi in una fase della vita in cui la definizione dell'identità e dei propri ruoli assume un rilievo centrale.

La scoperta di avere un difetto visivo o una malattia oculare cambia sensibilmente a seconda dell'età. Infatti, considerando tre fasce di età (fino a 11 anni, tra 12 e 19 anni e a partire dal ventesimo anno), emerge che:

- tra i giovani il 34,5% lo ha scoperto entro gli 11 anni, il 46,3% tra i 12 e i 19 anni e il 19,2% a 20 anni o dopo;
- tra gli adulti il 27,2% lo ha scoperto entro gli 11 anni, il 23,6% tra i 12 e i 19 anni, il 21,3% tra i 20 e i 39 anni, il 27,9% dopo i 40 anni;
- tra gli anziani il 14% lo ha scoperto entro gli 11 anni, il 12% tra i 12 e i 19 anni, il 74% oltre i 19 anni. In ogni caso, il 66,8% dopo i 40 anni.

Si noti come al ridursi dell'età delle persone crescano le diagnosi ottenute in età scolare, ovvero quando cominciano a emergere difficoltà in attività come la lettura alla lavagna o quella di testi scolastici.

È poi da sottolineare la quota che scopre un disturbo visivo in età lavorativa (tra i 20 e i 39 anni) poiché l'uso intensivo e prolungato di dispositivi elettronici, come computer, smartphone e tablet, può causare sintomi come affaticamento visivo, bruciore e fastidio agli occhi, spingendo molti a sottoporsi a controlli oculistici.

Il dato della riduzione dell'età della scoperta dei disturbi visivi nelle generazioni più giovani richiama il cambiamento culturale legato alla prevenzione oculistica.

Si è infatti assistito nel lungo periodo a una maturazione della consapevolezza dell'importanza della salute visiva, grazie anche al ruolo più attivo dei pediatri e alle campagne di prevenzione oculistica nelle scuole che hanno incoraggiato le famiglie a effettuare controlli alla vista ai propri figli nei primi anni di vita, sottolineando come una diagnosi precoce possa fare la differenza.

La prevenzione e le diagnosi precoci consentono di gestire con maggior efficacia i disturbi della vista con un positivo impatto anche sulla qualità della vita.



2.1.4. Gli strumenti correttivi, compagni permanenti e silenziosi

Il 92,8% di chi soffre di almeno un disturbo visivo indossa degli strumenti correttivi, mentre il 7,2% non li usa (**tab. 2**).

Tab. 2 - Italiani con almeno un difetto della vista o malattia oculare per rapporto con occhiali o lenti a contatto, per età (val. %)

<i>Se soffre di almeno un disturbo della vista utilizza occhiali o lenti a contatto?</i>	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Sì	93,3	92,1	93,9	92,8
di cui:				
- Esclusivamente occhiali da vista	50,0	62,1	89,7	66,4
- Esclusivamente lenti a contatto	3,4	1,4	0,0	1,5
- Sia occhiali da vista che lenti a contatto	39,9	28,6	4,2	24,9
No, né l'uno né l'altro	6,7	7,9	6,1	7,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2025

In particolare:

- il 66,4% utilizza esclusivamente occhiali da vista;
- il 24,9% usa anche le lenti a contatto;
- l'1,5% usa solo lenti a contatto.

Una diffusione che potrebbe sembrare quasi scontata, ma che in realtà nasconde qualcosa di essenziale: senza strumenti correttivi, affrontare la vita quotidiana per chi ha disturbi visivi diventa una sfida.

L'analisi per età evidenzia come tra le generazioni ci sono preferenze diverse sull'utilizzo degli strumenti correttivi:

- l'uso esclusivo degli occhiali da vista coinvolge il 50% dei giovani, il 62,1% degli adulti e l'89,7% degli anziani;
- il mix occhiali da vista- lenti a contatto lo preferisce il 39,9% dei giovani, il 28,6% degli adulti e il 4,2% degli anziani.

Sono dati che sottolineano come ognuno adatti l'uso dello strumento correttivo in base alle proprie preferenze: c'è chi preferisce mettere solo le lenti a contatto, chi solo gli occhiali, chi alterna l'uso dei due.

Una pluralità di approcci, che rispondono a esigenze differenziate in termini di comfort, funzionalità e stile di vita. La scelta tra occhiali, lenti a contatto, quindi, non è mai neutra, ma il risultato di un equilibrio soggettivo tra necessità, possibilità e preferenze.

A rendere ancora più evidente il valore degli strumenti correttivi è la loro presenza costante nella quotidianità di chi ne ha bisogno. Infatti, tra chi soffre di almeno un disturbo della vista:

- il 58,8% deve portare strumenti correttivi in permanenza;
- il 41,2% li porta al bisogno, ad esempio per leggere o quando usa il pc (**tab. 3**).

Tab. 3 - Frequenza di utilizzo di occhiali o lenti a contatto, per età (val. %)

	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Deve portare gli occhiali/lenti a contatto sempre, in permanenza	71,8	59,5	46,3	58,8
Deve portare gli occhiali/lenti a contatto solo in certe circostanze (al bisogno, ad esempio quando legge, guarda la tv, usa il pc/ smartphone, ecc.)	28,2	40,5	53,7	41,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2025

Deve portare strumenti correttivi in permanenza:

- il 71,8% dei giovani, il 59,5% degli adulti e il 46,3% degli anziani;
- il 56,5% dei redditi bassi, il 58,5% dei medio-bassi, il 65,8% dei medio-alti e il 50,4% di quelli alti.

Deve invece portarli al bisogno:

- il 28,2% dei giovani, il 40,5% degli adulti e il 53,7% degli anziani;
- il 43,5% dei redditi bassi, il 41,5% dei medio-bassi, il 34,2% dei medio-alti e il 49,6% di quelli alti.

L'uso così differenziato per età è sicuramente legato anche alla diversa natura dei difetti visivi che colpiscono le varie fasce generazionali: i giovani tendono di più a essere miopi e ciò li costringe a dover portare gli occhiali costantemente, al contrario adulti e anziani soffrono più di presbiopia che rende necessario l'uso degli occhiali solo in determinate situazioni.

In ogni caso, occhiali e lenti a contatto non sono strumenti occasionali ma presenze costanti, integrate pienamente nella vita quotidiana, compagni permanenti anche se silenziosi.

La diffusione capillare e la natura permanente degli strumenti correttivi sottolineano una funzione dell'ausilio visivo che va oltre la mera correzione ottica, configurandosi come vero e proprio dispositivo di inclusione sociale e personale. Chi non ha accesso a occhiali o lenti a contatto appropriate rischia di essere escluso e quindi di non poter svolgere attività quotidiane, lavorare, uscire, relazionarsi e vivere in modo compiuto la propria vita. L'accesso concreto a questi strumenti è importante in quanto chiavi di partecipazione, inclusione e autonomia.

2.1.5. Oltre il **Clark Kent effect**

Insieme alla più alta attenzione alla prevenzione oculistica è intervenuto un altro grande cambiamento sociale che riguarda lo strumento più utilizzato per correggere i difetti visivi: gli occhiali.

Fino agli anni Ottanta, soprattutto tra i più giovani, indossare gli occhiali era spesso fonte di scherno, una condizione associata a debolezza e goffaggine, che poteva generare scarsa autostima.

Più in generale gli occhiali erano strumenti che se indossati tendevano in molti casi a generare un certo disagio e far diventare, soprattutto tra i più giovani, bersaglio di quel che oggi viene sintetizzato nella definizione di bullismo.

C'era poi anche una sorta di *Clark Kent effect* per chi indossava gli occhiali poiché, proprio come l'alter-ego di Superman, si trasformava nella percezione degli altri in un personaggio anonimo, insicuro e impacciato.

L'occhiale, quindi, finiva per nascondere o alterare l'identità, proprio come accade al celebre supereroe che sceglie di celare la propria personalità forte e carismatica dietro a un semplice paio di occhiali.

In ogni caso, gli occhiali erano un dispositivo medico poco apprezzato, che in tanti preferivano non dover indossare, tanto da rendere consueta la scelta di ignorare o rifiutare il proprio disturbo visivo per non dover affrontare le conseguenze sociali e relazionali del ricorso a strumenti correttivi.

È a partire dalla fine degli anni Ottanta che lo scenario inizia a cambiare poiché la moda, impossessandosi dell'oggetto occhiale, ne propone un'evoluzione sia materiale e di design, che di narrazione nell'advertising trasformandolo nell'immaginario collettivo da semplice dispositivo medico ad accessorio di stile apprezzato e desiderabile.

Da allora, la scelta di un paio di occhiali non è più assimilabile a quella di una protesi, piuttosto diventa sempre più simile alla scelta di un capo di abbigliamento di moda. Pertanto, anche la scelta del tipo di occhiali, dalla montatura al brand, diventa un gesto identitario, legato al gusto personale, all'immagine di sé e alla voglia di valorizzare tratti della propria personalità. Questo cambiamento di prospettiva nei confronti degli occhiali, tenuto conto del parallelo intenso incremento delle persone affette da difetti della vista e quindi del decollo della domanda conseguente di occhiali, ha contribuito a normalizzare socialmente la scelta di indossarli. La moda, in questo senso, ha dato un prezioso contributo nel rendere socialmente accettabile un oggetto troppo a lungo relegato al rango di poco presentabile dispositivo medico che, invece come rilevato è stato reso addirittura desiderabile.

Se pertanto un tempo indossare un paio di occhiali era percepito come un limite, un segno di fragilità, oggi è un modo esteticamente apprezzabile di esprimere e valorizzare la propria identità individuale.

Nel lungo periodo, quindi, le trasformazioni socio-culturali hanno generato:

- una più alta accettazione sociale dei disturbi visivi peraltro diventati fatto di massa;
- una maggiore sensibilità verso la prevenzione oculistica che ha aumentato la propensione a effettuare controlli, anche in età infantile;
- un superamento dello stigma associato all'uso degli occhiali oggetto ormai desiderato, molto diffuso anche tra i bambini.

2.2. La tutela della salute visiva

2.2.1. La prevenzione primaria

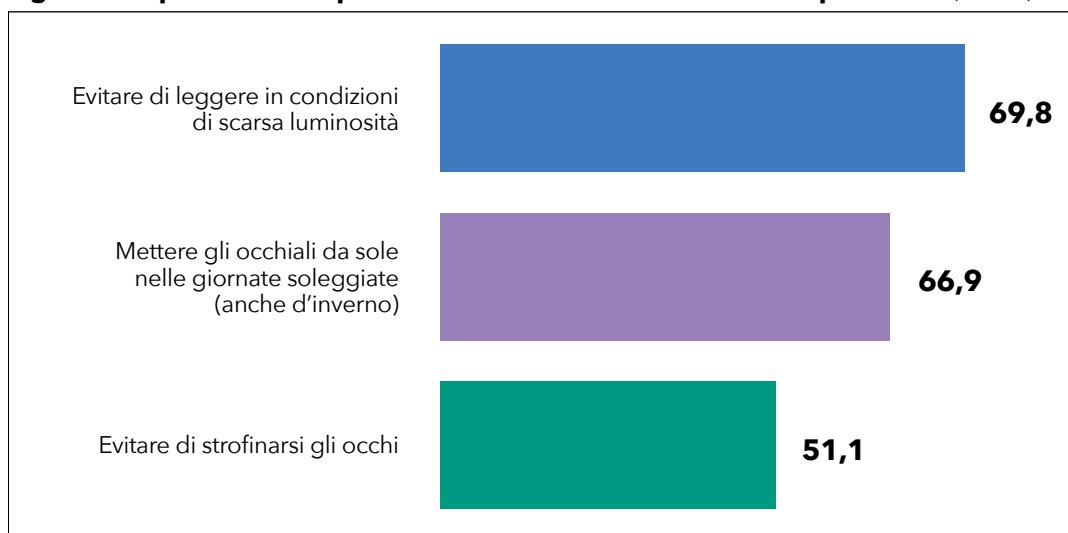
Non leggere al buio, non stare troppo davanti al computer, non guardare il sole senza occhiali: sono raccomandazioni di importanti accorgimenti quotidiani volti a preservare la salute degli occhi e a prevenire l'insorgenza di disturbi visivi.

Nel rapporto tra italiani e vista esiste un patrimonio di conoscenze e abitudini volto a una prevenzione quotidiana e informale, che hanno lo scopo di evitare affaticamenti e difficoltà visive nel breve periodo e di ridurre il rischio di problemi più gravi nel lungo termine.

Così:

- il 69,8% degli italiani evita di leggere in condizioni di scarsa luminosità;
- il 66,9% indossa occhiali da sole anche nelle giornate invernali, per difendere la vista dall'esposizione solare;
- il 51,1% evita di strofinarsi gli occhi (**fig. 3**).

Fig. 3 - Comportamenti di protezione della salute della vista nel quotidiano (val. %)



La somma delle percentuali non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2025

L'analisi per genere mostra che:

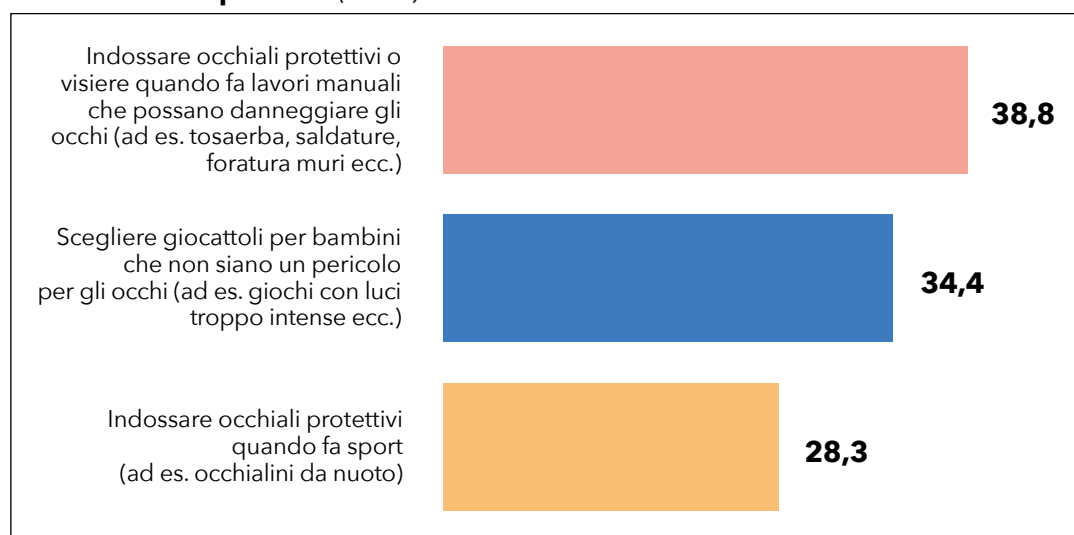
- il 71,6% delle donne evita di leggere in condizioni di scarsa luminosità, mentre è il 67,9% degli uomini che adotta questa precauzione;
- il 70,3% delle donne indossa gli occhiali da sole anche nelle giornate invernali (è il 63,4% degli uomini).

Sono tutti accorgimenti e *tips*, tramandati dai genitori o appresi dai medici oculisti che ormai fanno parte del bagaglio di conoscenze funzionali a preservare la salute della propria vista. È evidente che sarebbe essenziale generalizzare il ricorso a tali comportamenti amplificando così il loro impatto positivo.

Ci sono poi situazioni specifiche in cui gli occhi sono esposti a rischi concreti di danni causati da agenti esterni e diventa quindi essenziale adottare misure di protezione adeguate a prevenire lesioni oculari. A tal proposito:

- il 38,8% utilizza dispositivi protettivi in lavori manuali potenzialmente rischiosi;
- il 34,4% presta attenzione alla sicurezza dei giocattoli per i più piccoli;
- il 28,3% si protegge con occhiali specifici durante l'attività sportiva (**fig. 4**).

Fig. 4 - Comportamenti protettivi della salute della vista nel lavoro e nel tempo libero (val. %)



La somma delle percentuali non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2025

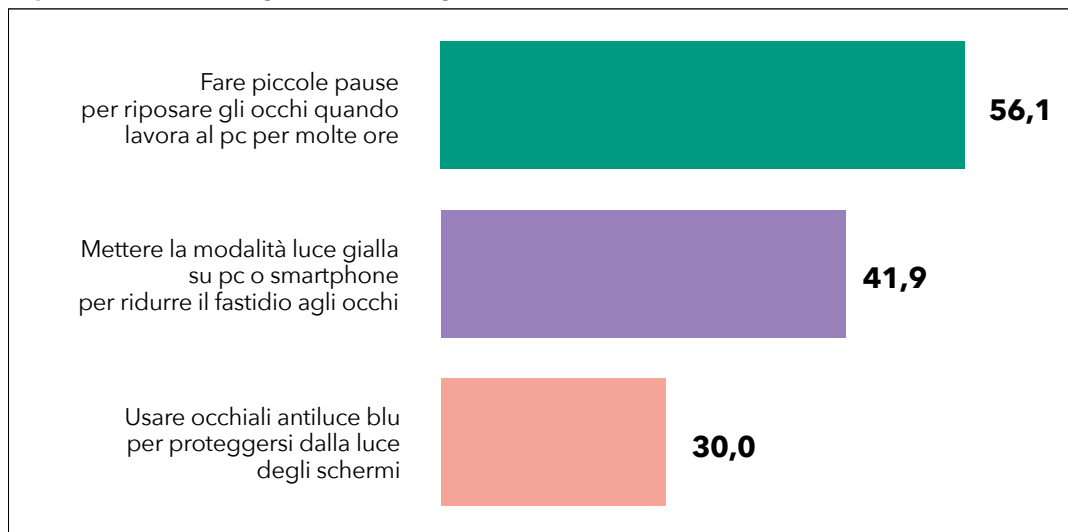
Sono segnali di un buon senso diffuso che spinge gli italiani a tutelarsi e a prendersi cura della propria vista nel momento in cui potrebbe essere minacciata da agenti esterni, durante lavori manuali occasionali, nello sport, e poi c'è la protezione dei più piccoli che sono particolarmente vulnerabili e a rischio. Un buon senso che, tuttavia, sarebbe importante promuovere con iniziative di comunicazione capillare per favorirne una sua più ampia diffusione.

Bisogna considerare poi che il tempo trascorso davanti agli schermi è cresciuto in modo esponenziale e con esso anche i possibili effetti collaterali sulla vista come stanchezza e affaticamento agli occhi.

Ciò spiega il ricorso a una serie di pratiche di prevenzione dell'affaticamento visivo e di uso consapevole dei dispositivi digitali. Infatti:

- il 56,1% fa pause regolari per riposare gli occhi durante il lavoro al computer;
- il 41,9% attiva modalità a luce gialla su pc o smartphone per alleviare la fatica visiva;
- il 30% utilizza occhiali anti-luce blu per limitare l'impatto della luce degli schermi (fig. 5).

Fig. 5 - Ulteriori comportamenti di protezione della salute della vista (val. %)



La somma delle percentuali non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2025

Si tratta di pratiche che sono maggiormente diffuse tra chi gli strumenti digitali li conosce meglio, ovvero i giovani. Infatti:

- fa pause regolari per riposare gli occhi durante il lavoro al computer il 68% dei giovani, il 66,7% degli adulti e il 29,5% degli anziani;
- attiva la modalità gialla su pc o smartphone il 65,6% dei giovani, il 47,2% degli adulti e il 15,8% degli anziani;
- usa occhiali anti luce blu il 45,8% dei giovani, il 35% degli adulti e il 9,9% degli anziani.

Insomma, prima ancora dell'intervento medico o specialistico, la cura della vista si costruisce attraverso una serie di gesti ordinari, ripetuti, silenziosi. È una prevenzione implicita, quotidiana, spontaneamente assunta da quote di italiani come parte del vivere, che mette al centro il soggetto e la sua capacità di riconoscere e governare il proprio rapporto con la vista.

Queste azioni, semplici ma costanti, danno forma a una grammatica soggettiva della prevenzione: un insieme di pratiche che non deriva da prescrizioni esterne, ma da un'intelligenza pratica che affonda le radici nella sensibilità individuale.

La salute visiva, così, non è solo oggetto di cura specialistica, ma anche risultato di una responsabilità quotidiana, incarnata nei comportamenti e nei rituali della vita comune.

Il passo successivo consiste nel rendere tali comportamenti patrimonio quotidiano di tutti gli italiani.

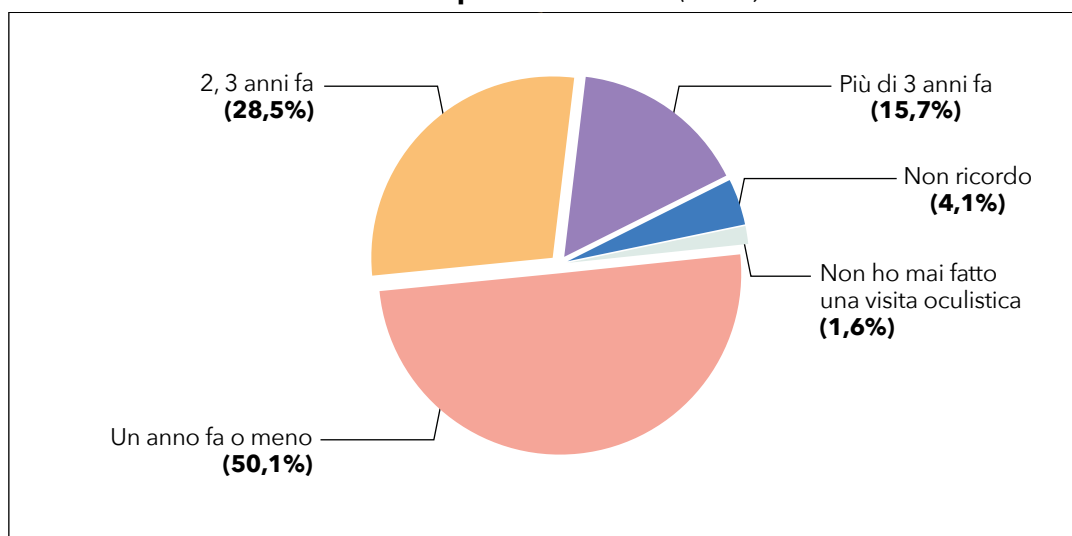
2.2.2. La prevenzione secondaria

Se la prevenzione primaria basata su comportamenti adottati individualmente coinvolge quote di italiani che vanno innalzate, per la prevenzione secondaria, come ad esempio controlli periodici alla vista, cosa fanno gli italiani?

Riguardo alla frequenza con la quale effettuano controlli alla vista risulta che:

- il 50,1% degli italiani nell'ultimo anno si è recato da un oculista o un ottico per disturbi visivi;
- il 28,5% non effettua controlli da più di un anno e meno di tre anni;
- il 15,7% non fa controllare la vista da più di tre anni (**fig. 6**).

Fig. 6 - Distribuzione degli italiani per distanza di tempo dall'ultima volta che si sono recati da un ottico o oculista per disturbi visivi (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2025

La prevenzione secondaria coinvolge oggi la metà degli italiani che riesce ad andare con una certa regolarità da un ottico o oculista per farsi controllare la vista. Non è comunque da sottovalutare quella parte di popolazione che non effettua controlli da più di un anno e quell'1,6% che dichiara di non averli mai fatti.

Inoltre, il 67,6% degli italiani dichiara che ricorre alla visita oculistica solo se ha un problema (ad esempio se la graduazione occhiali non va più bene). In particolare lo fa:

- il 63,2% dei giovani, il 69,5% degli adulti e il 67,5% degli anziani;
- il 66,5% dei residenti al Nord-Ovest, il 66,5% al Nord-Est, il 67,9% al Centro e il 68,9% al Sud-Isole;
- il 77,3% dei redditi bassi, il 67,1% dei medio-bassi, il 63,6% dei medio-alti e il 62,3% di quelli alti.

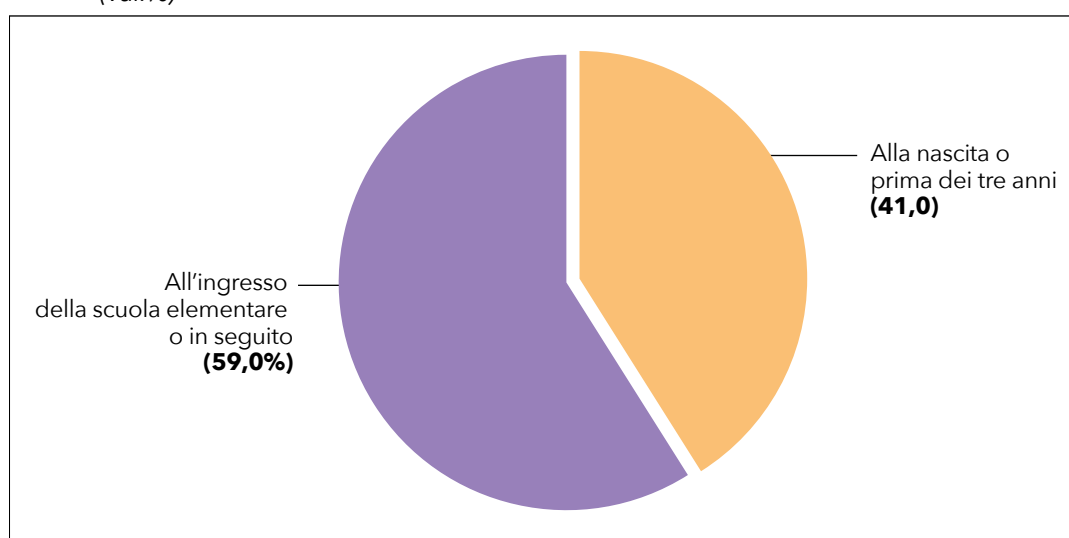
La maggioranza degli italiani piuttosto che per controlli periodici a scopo preventivo si reca dall'oculista solo in presenza di un problema evidente ed è una tendenza che risulta più marcata tra chi ha minori disponibilità economiche, che tende a pianificare con maggiore attenzione e cautela il momento in cui sottoporsi alla visita oculistica.

Va infatti considerato che, se non effettuata nel Servizio sanitario, una visita oculistica presuppone un impegno economico che potrebbe indurre a rimandare o a evitare il controllo. Si tratta di un'abitudine non in linea con i criteri della appropriata gestione della salute dell'occhio e che in presenza di difetti della vista o addirittura patologia espone al rischio di poi dover affrontare una situazione degradata e più complessa.

2.2.3. Il caso dei minori

L'80,7% delle famiglie dichiara che ha fatto fare controlli alla vista ai propri figli. In particolare, nel 41% delle famiglie i controlli sono stati fatti entro i primi tre anni di vita del minore, nel 59% dei casi invece oltre tale data (**fig. 7**).

Fig. 7 - Età nella quale i genitori hanno fatto fare la prima visita oculistica ai propri figli
(val.%)



Fonte: indagine Censis, 2025

Tutelare la vista dei bambini è fondamentale per garantire il loro corretto sviluppo, sia in termini di apprendimento che di socializzazione. E una quota significativa di genitori ha inteso tale importanza, in linea con le indicazioni dei pediatri e dei medici.

Tuttavia, è l'ingresso a scuola a rappresentare ancora lo spartiacque decisivo, poiché è in questa fase che l'impegno visivo dei bambini aumenta sensibilmente a causa di libri, quaderni e lavagne che sollecitano inevitabilmente la vista. Non sorprende quindi che sia in questa fase che una quota significativa di bambini inizia a segnalare le prime difficoltà visive. Ma per alcune patologie, come ad esempio l'ambliopia (nota anche come occhio pigro) o lo strabismo, attendere l'ingresso nella scuola per effettuare i primi controlli potrebbe renderne più difficile la cura. Pertanto, sono particolarmente esposti i bambini che hanno ricevuto il primo controllo solo dopo l'ingresso alla scuola primaria.

Secondo i medici oculisti, infatti, esistono fasi precise in cui si dovrebbero far effettuare visite oculistiche ai minori, ovvero:

- alla nascita;
- entro i primi tre anni;
- all'inizio del percorso scolastico (circa a 6 anni);
- dagli 8 ai 15 anni per gestire l'eventuale insorgenza di miopia.

Pertanto, se è indubbia una crescita nel tempo dell'attenzione delle famiglie alla salute visiva dei figli, è però evidente che è ancora necessario un impegno estremo nella promozione di una cultura della prevenzione volta a informare i genitori sui momenti chiave in cui è essenziale effettuare visite oculistiche per i propri figli.

Solo in questo modo sarà possibile effettuare diagnosi precoci, con relativo positivo impatto sulla gestione dei difetti o patologie sulla qualità della vita dei minori.





La fuoriuscita dal perimetro del Servizio sanitario

3.1. Il contesto più generale

Il Servizio sanitario resta una delle istituzioni più amate dagli italiani, percepita come essenziale non solo per la tutela della salute di tutti, ovunque, senza discriminazioni, ma anche perché fattore di coesione delle comunità, ammortizzatore decisivo di disparità sociali visibilmente in crescita.

Tuttavia, da tempo si è consolidato un gap tra fabbisogni sanitari e ammontare di prestazioni e servizi sanitari realmente disponibili in tempi appropriati, a cui il Servizio sanitario ha risposto con meccanismi spontanei di riequilibrio, generando un razionamento della domanda.

Il decollo delle cronicità, la persistenza delle acuzie e le possibili emergenze sul modello di quella del Covid o delle annuali stagioni influenzali che generano picchi straordinari di domanda, sono fonti di fabbisogni sanitari e di una domanda che stentano a trovare risposte appropriate, tanto da costringere i cittadini a ricercare soluzioni alternative nella sanità a pagamento.

Poiché il gap tra domanda e offerta sanitaria viene colmato dalle varie forme di razionamento sanitario occulto, implicito, come le lunghe liste di attesa, formalmente nessuno viene escluso dal Servizio sanitario. Tuttavia, i tempi di attesa dilatati fanno scattare nei cittadini la ricerca di soluzioni alternative sulla base delle proprie risorse.

Intramoenia, privato puro e anche privato sociale sono componenti della sanità a pagamento che garantiscono soluzioni, tutto sommato, accessibili a una quota elevata di italiani che non hanno voglia di attendere i tempi della lista di attesa.

3.2 Il caso dell'oftalmologia

La fuoriuscita di prestazioni dal Servizio sanitario verso la sanità a pagamento coinvolge una molteplicità di specialità e patologie che, pian piano vanno ad affiancare quelle, come ad esempio l'odontoiatria, le cui prestazioni sono storicamente scambiate per la gran parte sul mercato privato.

Tra le specialità che nel tempo più sono state coinvolte da questa traslazione oltre i confini del Servizio sanitario c'è l'oftalmologia, per la quale anche prestazioni basiche, come le visite specialistiche, sono in quota sempre più rilevante acquistate dai cittadini nella sanità a pagamento pagandole di tasca propria.

L'attuale situazione è il portato di un processo di lungo periodo il cui effetto è visibile anche dal lato delle famiglie, poiché le spese per l'oculistica sono diventate per molti nuclei familiari una voce di budget visibile e non certo irrilevante.

Periodiche visite oculistiche o l'acquisto di lenti a contatto, la necessità o la semplice volontà di cambiare montatura o lenti degli occhiali, generano costi che pesano per intero sul bilancio di tante famiglie.

Pertanto, la spesa sanitaria privata per oculistica contribuisce a quella dinamica crescente della spesa sanitaria privata dei cittadini che in totale è ormai pari a 44 miliardi di euro annui. Peraltro, malgrado il miglioramento dello stato di salute medio delle classi di età più avanzate e una minore propensione degli anziani a fare visite oculistiche e a curare i disturbi visivi, è facile prevedere per il futuro prossimo un incremento ulteriore della domanda di prestazioni oculistiche da parte degli italiani, con ulteriore rialzo dello stock di fabbisogni sanitari a cui non fa attualmente e non farà in futuro da riscontro una dinamica crescente altrettanto intensa e veloce da parte della spesa sanitaria pubblica e della disponibilità di offerta oculistica nel Servizio sanitario.

Senza un impegno più che massiccio di investimenti con potenziamento dell'offerta di prestazioni e della presenza di medici oculisti, sarà molto difficile riportare dentro il perimetro del Servizio sanitario quel che da tempo è trasmigrato verso la sanità a pagamento. Il gap tra domanda e offerta di oculistica ha creato lo spazio economico e sociale per il mercato privato e, anche, per soggetti non profit, ad esempio associazioni, che garantiscono l'erogazione di prestazioni a prezzi calmierati, quasi sempre inferiori a quelli del privato puro.

Al di là delle dinamiche compensatorie, quel che è ormai evidente è che ad oggi non è in atto un'inversione di tendenza rispetto alla trasmigrazione dell'oculistica dal perimetro del Servizio sanitario a quello della sanità a pagamento.

3.3. I percorsi di cura

3.3.1. A chi ci si rivolge e perché

Non vedere bene è una condizione diffusa che può incidere negativamente sulla qualità della vita delle persone e che, se trascurata, può peggiorare nel tempo.

Esiste, come rilevato in precedenza, un'attenzione alla prevenzione nella quotidianità fatta di piccoli gesti che possono contribuire alla salvaguardia della salute visiva.

Ma quando si tratta di passare dalla prevenzione primaria, fatta di comportamenti preventivi quotidiani, all'esercizio di un'azione preventiva secondaria con visite ed esami specialistici emergono difficoltà evidenti con il Servizio sanitario.

Per delineare il quadro di dettaglio del rapporto tra italiani e oculistica si è proceduto a focalizzare, in primo luogo, chi siano solitamente gli interlocutori degli italiani in caso di disturbi della vista. In presenza di un difetto o di una patologia a chi si rivolgono di solito? Poi, si è proceduto ad un approfondimento dei percorsi di cura prendendo quale riferimento temporale l'ultimo anno per verificare:

- in che misura le persone con disturbi della vista si rivolgono al Servizio sanitario e, eventualmente, quale quota di chi prova a prenotare e ci riesce decide di attendere il tempo indicato dalla lista di attesa;
- le scelte alternative, in particolare verso la sanità a pagamento, di chi non vuol attendere la lista di attesa perché la reputa troppo lunga.

L'esito è uno quadro puntuale, unico, dei percorsi di cura oculistica degli italiani, con l'individuazione dei flussi che restano nel perimetro del Servizio sanitario, quelli che fuoriescono verso la sanità a pagamento e, poi, anche dei *surfer*, cioè i cittadini che in corso d'anno fanno scelte multiple tra pubblico e privato.

3.3.2. Gli interlocutori abituali

Di solito gli italiani con difetti o patologie della vista a quali articolazioni del sistema sanitario si rivolgono? Dai dati emerge che per le visite oculistiche il 62,8% si rivolge di solito al privato, il 32,8% al Servizio sanitario e il 4,4% all'intramoenia (**tab. 4**).

Tab. 4 - Interlocutori abituali degli italiani con disturbi della vista per prestazioni oculistiche*, per età (val. %)

	Visita oculistica	Esami specialistici (ad es. campo visivo, OCT, ecografia, topografia corneale ecc.)	Eventuali interventi chirurgici
Servizio Sanitario Pubblico	32,8	42,5	60,4
Privato	62,8	51,9	35,0
Intramoenia	4,4	5,6	4,6
Totale	100,0	100,0	100,0

(*) Solo per coloro che hanno indicato di aver fatto una prestazione oculistica

Fonte: indagine Censis, 2025

Per gli esami specialistici, invece, le quote corrispondenti sono il 51,9% che va nel privato, il 42,5% nel Servizio sanitario e il 5,6% all'intramoenia.

In caso di interventi chirurgici per patologie dell'occhio, poi, il 60,4% al Servizio sanitario, il 35% al privato e il 4,6% all'intramoenia.

Nell'esperienza consolidata degli italiani, quindi, il rapporto con l'oculistica ha una conformazione netta tra Servizio sanitario e sanità a pagamento poiché per visite ed esami il privato puro è nettamente dominante e, in generale, aggiungendo la quota che si rivolge all'intramoenia è chiaro che la sanità a pagamento prevale sul Servizio sanitario.

Per gli interventi chirurgici la situazione è diversa poiché, presumibilmente, la maggiore complessità e i connessi rischi impongono un criterio di precauzione con ricorso più intenso alle più dotate strutture ospedaliere del Servizio sanitario.

Per la gran parte delle prestazioni oculistiche o comunque per le risposte a problematiche della vista, il riferimento primario è la sanità a pagamento e, in specifico, il privato puro. In fondo, anche per gli interventi chirurgici la quota di italiani che prediligono il privato e, in generale, la sanità a pagamento è significativa.

Pertanto, i dati sugli interlocutori degli italiani con disturbi visivi confermano che l'oftalmologia è oggi un aggregato di prestazioni che gli italiani acquistano direttamente da specialisti e centri per gli accertamenti privati pagando di tasca propria.

3.3.3. Il quadro per area geografica

Per macroarea geografica di residenza, in caso di bisogno di prestazioni sanitarie, quali sono di solito gli interlocutori per le persone con almeno un disturbo della vista? Per le visite oculistiche i cittadini si rivolgono:

- al privato, il 59,5% al Nord-Ovest, il 57,8% al Nord-Est, il 59,3% al Centro e il 70,1% al Sud-Isole;
- al Servizio sanitario, il 36,3% al Nord-Ovest, il 37,6% al Nord-Est, il 35,2% al Centro e il 26,2% al Sud-Isole;
- all'intramoenia, il 4,2% al Nord-Ovest, il 4,6% al Nord-Est, il 5,5% al Centro e il 3,7% al Sud-Isole.

Per gli esami specialistici (ad esempio ecografia, topografia corneale ecc.) si rivolgono:

- al privato, il 43,9% al Nord-Ovest, il 39,7% al Nord-Est, il 51% al Centro e il 64,6% al Sud-Isole;
- al Servizio sanitario, il 49,8% al Nord-Ovest, il 55,2% al Nord-Est, il 41,3% al Centro e il 31,2% al Sud-Isole;
- all'intramoenia, il 6,3% al Nord-Ovest, il 5,1% al Nord-Est, il 7,7% al Centro e il 4,2% al Sud-Isole.

Per gli eventuali interventi chirurgici si rivolgono:

- al privato, il 34,9% al Nord-Ovest, il 28,2% al Nord-Est, il 32,6% al Centro e il 40,5% al Sud-Isole;
- al Servizio sanitario, il 61,6% al Nord-Ovest, il 68,1% al Nord-Est, il 64,1% al Centro e il 52,8% al Sud-Isole;
- all'intramoenia, il 3,5% al Nord-Ovest, il 3,7% al Nord-Est, il 3,3% al Centro e il 6,7% al Sud-Isole.

I dati evidenziano che le visite oculistiche, trasversalmente ai territori, sono più condensate nel privato, mentre per gli esami specialistici si rileva una distinzione piuttosto netta con una prevalenza del Servizio sanitario nelle due macroaree del Nord e, invece, del privato in quelle del Centro e del Sud-Isole.

Per gli interventi chirurgici, anche se con intensità diversa, il Servizio sanitario è l'interlocutore primario in tutte le macroaree geografiche di residenza dei cittadini.

3.4. Il rapporto con il Servizio sanitario nel corso di un anno

3.4.1. L'esito dei tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario

Dai dati emerge che per ogni 100 tentativi di prenotazione in un anno nel Servizio sanitario di prestazioni come visite oculistiche o esami specialistici per la vista:

- in 61 casi le persone hanno scelto di attendere i tempi della lista di attesa e poi svolto la prestazione nel pubblico o privato accreditato;
- in 39 casi invece non hanno atteso, e si sono rivolti alla sanità a pagamento per svolgere la prestazione (**tab. 5**).

Tab. 5 - Distribuzione tra Servizio sanitario e sanità a pagamento per 100 tentativi di prenotazione di prestazioni oculistiche nel Servizio sanitario, per area geografica (val. %)

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Ha atteso e svolto la prestazione nel pubblico/ privato convenzionato	64,9	65,8	64,3	52,0	61,1
Svolto la prestazione nella sanità a pagamento	35,1	34,2	35,7	48,0	38,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2025

Per area geografica emerge che per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario i cittadini hanno scelto di non attendere i tempi di attesa in 35 casi nel Nord-Ovest, in 34 nel Nord-Est, in 36 al Centro e in 48 casi nel Sud-Isole.

Per età, invece, per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, sono trasmigrati nella sanità a pagamento in 57 casi i giovani, in 44 casi gli adulti e in poco più di 22 casi gli anziani. Riguardo alle visite oculistiche, invece, per ogni 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario in quasi 40 casi le persone sono finite nella sanità a pagamento. Sono fuoriuscite verso il privato e l'intramoenia su 100 tentativi di prenotazione in 35 casi nel Nord-Ovest, in 38 nel Nord-Est, in 34 al Centro e in 49 nel Sud-Isole.

Sono andati nel privato, poi, i giovani in 55 casi su 100 tentativi di prenotazione, in 43 casi gli adulti, in 27 casi gli anziani.

Per gli esami specialistici, per 100 tentativi di prenotazione in 40 casi i cittadini hanno optato per la sanità a pagamento: è accaduto in 27 casi al Nord-Ovest, in 28 casi al Nord-Est, in 47 casi al Centro e in 56 casi nel Sud-Isole.

Invece, sono trasmigrati nella sanità a pagamento per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, i giovani in 63 casi, gli adulti in 47 casi e gli anziani in 17 casi.

3.4.2. Il senso di una dinamica evidente

La trasmigrazione di persone in cerca di prestazioni sanitarie oculistiche nella sanità a pagamento, dopo aver tentato di prenotare nel pubblico e avere appreso tempi di attesa che hanno giudicato inappropriati e inaccettabili, porta a compimento il meccanismo del razionamento avviato con la formazione di lunghe liste di attesa.

In concreto, è il modo in cui la domanda di prestazioni oculistiche viene forzatamente ricondotta al livello compatibile con l'ammontare di prestazioni disponibili nel Servizio sanitario, consentito dal finanziamento della spesa sanitaria pubblica.

Un meccanismo occulto, ma altamente efficace, che sposta il costo delle prestazioni sanitarie dal bilancio pubblico ai budget familiari.

D'altro canto, va precisato che questa trasmigrazione nel privato e nell'intramoenia mostra che queste componenti dell'offerta sono in grado di garantire una disponibilità di prestazioni oftalmiche a prezzi sostenibili per una quota molto alta di italiani di ogni gruppo sociale. Oltre alla lunghezza delle liste di attesa ci sono, poi, situazioni estreme che sul piano normativo semplicemente non dovrebbero accadere: il 26,2% degli italiani dichiara di aver provato a prenotare una visita oculistica nel pubblico scoprendo che la lista d'attesa era bloccata e/o chiusa.

Il blocco dell'iscrizione alle liste di attesa, usata come strategia operativa di razionamento della domanda, è una ulteriore modalità che costringe i cittadini ad optare per soluzioni a pagamento.

3.4.3. Lunghe liste di attesa

La scoperta di liste di attesa di lunghezza eccessiva è diventata ormai una vera e propria costante della cronaca quotidiana, rilanciata con enfasi dai media. E sono coinvolte anche prestazioni di alta complessità e/o patologie particolarmente gravi.

L'accesso alle prestazioni oculistiche, dalle visite agli esami fino alle operazioni chirurgiche, è molto meno di frequente agli onori delle cronache, quasi come se i lunghi tempi di attesa per vedere un oculista o per una operazione alla cataratta, in fondo, fossero normali.

L'indagine realizzata nell'ambito delle attività di ricerca per il presente Rapporto consente, comunque, di enucleare indicazioni sulla lunghezza delle liste di attesa verificate dagli italiani con disturbi visivi intervistati.

Il valore medio nazionale in giorni per le visite oculistiche è pari a 102 giorni, vale a dire 3 mesi e 12 giorni, mentre per gli esami specialistici il tempo di attesa è in media pari a 92 giorni, praticamente tre mesi pieni.

Sono dati visibilmente inferiori a situazioni che cittadini di tante regioni sperimentano, e comunque evidenziano la difficoltà del Servizio sanitario a rispondere in tempi accettabili e appropriati alla domanda di prestazioni oculistiche da parte dei cittadini.

Guai a non sottovalutare la domanda di qualità per la sanità, che riguarda il contenuto delle prestazioni, la relazionalità medico-paziente e, anche, i tempi di accesso. Di fronte al sospetto di problematiche alla vista o ad una sintomatologia precisa, gli italiani desiderano risposte rapide e competenti, per questo sono pronti a metter mano alle proprie risorse rivolgendosi al privato.

3.5. Il bilancio annuale delle prestazioni oculistiche

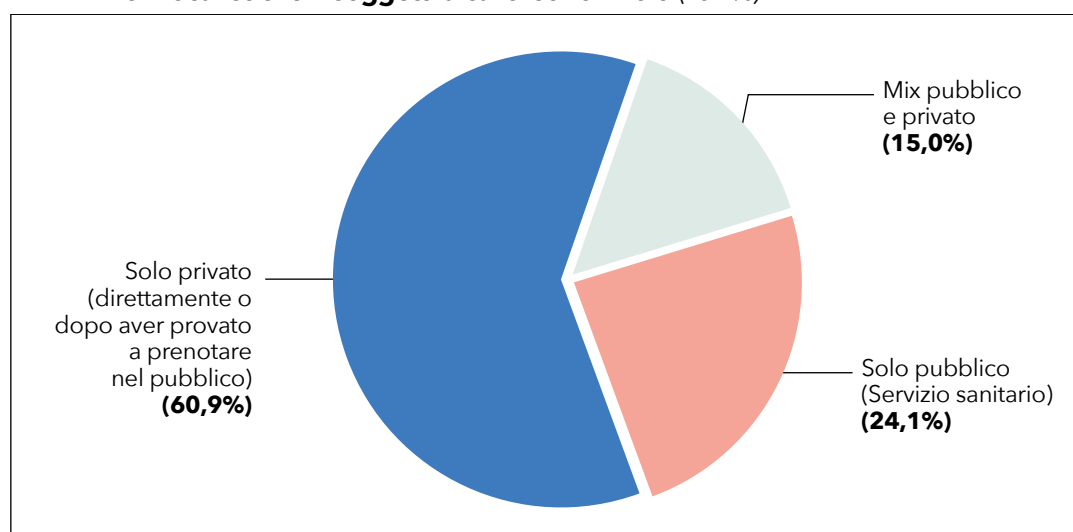
3.5.1. Pubblico, privato o surfista?

Il quadro delineato offre i diversi componenti della meccanica delle relazioni degli italiani con il Servizio sanitario in merito alle prestazioni oculistiche. Ma qual è il risultato finale nell'arco di un anno? Se un cittadino ha sentito il bisogno di prenotare una o più prestazioni oculistiche, dove effettivamente le ha svolte?

Dai dati risulta che in un anno tra gli italiani che hanno sentito la necessità di prenotare una o più prestazioni oculistiche, il 24,1% le ha effettuate esclusivamente nel Servizio sanitario tra pubblico e privato accreditato con la seguente articolazione (**fig. 8**).

- il 27,8% nel Nord-Ovest, il 26,3% nel Nord-Est, il 26,2% al Centro e il 18,9% nel Sud-Isole;
- il 15,1% tra i giovani, il 20,9% tra gli adulti e il 34,8% tra gli anziani.

Fig. 8 - Italiani che nell'ultimo anno hanno avuto bisogno di prenotare una o più prestazioni oculistiche: i soggetti a cui si sono rivolti (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2025

Il 60,9% ha invece svolto le prestazioni nel privato (direttamente o anche dopo aver tentato di prenotare nel Servizio sanitario). E sono il 55,5% nel Nord-Ovest, il 53,9% nel Nord-Est, il 58,6% al Centro e 70,3% nel Sud-Isole. Invece per età sono il 75,5% tra i giovani, il 64,9% tra gli adulti e il 45,9% tra gli anziani.

Il 15% è rappresentato invece dai *surfisti*, ovvero da coloro che durante l'anno hanno prenotato prestazioni oculistiche sia nel Servizio sanitario che nel privato. Gli incroci per macroarea geografica indicano che sono il 16,7% nel Nord-Ovest, il 19,8% nel Nord-Est, il 15,2% al Centro e 10,7% nel Sud-Isole.

Emerge una sorta di polarizzazione sociale che si evidenzia anche a livello territoriale poiché le prestazioni nel perimetro del Servizio sanitario sono molto più diffuse nelle regioni del Nord, mentre è più alta la propensione dei residenti nel Centro e più ancora nel Sud-Isole a pagare di tasca propria le prestazioni oculistiche rivolgendosi alla sanità privata. Sono i segnali di una dinamica sociale profondamente regressiva poiché il maggior ricor-

so di cittadini del Meridione al privato rispetto a quelli del Nord visibilmente non è dettato da più alta disponibilità economica, piuttosto dalle difficoltà ad accedere a strutture del pubblico o del privato accreditato.

3.5.2. Chi sceglie di rivolgersi direttamente al privato e perché

Se 6 persone su dieci che hanno avuto bisogno di prenotare una o più prestazioni oculistiche si sono rivolte al privato, è utile capire con quali modalità si sono rivolte ad esso.

Al fianco delle situazioni in cui le persone tentano di prenotare nel Servizio sanitario e poi, di fronte alla lunghezza delle liste d'attesa decidono di rivolgersi al privato, esiste infatti anche una modalità diversa che consiste nello scegliere di rivolgersi direttamente ad esso, senza nemmeno tentare di prenotare nel Servizio sanitario.

Fatto 100 coloro che, nell'arco di un anno, hanno avuto la necessità di prenotare una o più prestazioni oculistiche e le hanno infine effettuate nel privato:

- il 9,5% le ha svolte nel privato solo dopo aver provato a prenotare nel Servizio sanitario;
- il 64,5% le ha effettuate direttamente nel privato;
- il 26% le ha svolte sia direttamente nel privato, che dopo aver provato a prenotare nel Servizio sanitario.

Pertanto, in caso di bisogno di una o più prestazioni oculistiche, dalle visite agli accertamenti, c'è una quota significativa di italiani che decide di rivolgersi direttamente al privato pagando di tasca propria, nella convinzione che addirittura non valga neppure la pena tentare di accedere al pubblico o al privato accreditato.

La motivazione principale per cui le persone scelgono di rivolgersi direttamente al privato senza prenotare nel pubblico, consiste nella convinzione che le liste d'attesa siano troppo lunghe: è infatti il 65,6% a indicare tale motivazione. Ulteriori ragioni della scelta di andare diretti nel privato sono per:

- il 33,9% la volontà di scegliere un medico o una struttura di fiducia;
- il 16% per beneficiare di orari più comodi, ad esempio per non dover chiedere permessi a lavoro;
- il 17,6% la ricerca di servizi migliori e più personalizzati;
- l'8,4% la convinzione che il privato sia più conveniente;
- l'8,2% perché le strutture pubbliche o accreditate sono distanti o difficili da raggiungere dalla sua residenza.

I dati segnalano una sfiducia piuttosto radicata in tanti italiani i quali ritengono che ormai visite oculistiche e esami specialistici per la vista siano da considerarsi fuoriusciti in via definitiva dal Servizio sanitario e, quindi, tanto vale rivolgersi direttamente al privato.

3.6. Rischi futuri

3.6.1. La deriva

I risultati della presente ricerca certificano che nell'esperienza e nell'immaginario collettivo degli italiani l'oftalmologia è sempre meno componente del Servizio sanitario e sempre più propria della sanità a pagamento.

È evidente che scelte sociopolitiche indotte dal rispetto di vincoli di bilancio pubblico e relative, ad esempio, ai rimborsi delle prestazioni oculistiche, come nel caso più recente di alcuni interventi per patologie oculari, sono decisive nel rendere probabile un'intensificazione della migrazione nel privato piuttosto che ogni ipotesi di avvio di un movimento inverso, con ritorno di quote più alte di pazienti e prestazioni nell'alveo del Servizio sanitario.

Oltre a visite oculistiche e accertamenti specialistici, il movimento di fuoriuscita dal Servizio sanitario dell'oftalmologia rischia di espandersi anche agli interventi, a cominciare da quelli della cataratta particolarmente diffusi.

Se le liste di attesa nel pubblico continueranno ad allungarsi, sarà inevitabile un'espansione ulteriore delle cliniche private dedicate a questo tipo di interventi chirurgici e, presumibilmente, ad altre prestazioni oculistiche.

Il finanziamento pubblico del Servizio sanitario, infatti, stenta a coprire i costi sia di prestazioni nei Lea che di prestazioni extraLea, come distacchi di retina e, anche gli interventi per il glaucoma con protesi valvolari o stent.

L'esito di questa rarefazione di risorse pubbliche rivolte a interventi oculistici sarà proprio l'allungamento ulteriore delle liste di attesa per l'accesso al Servizio sanitario che, a sua volta, non farà che accentuare i processi di migrazione nel privato.

È chiaro che sarebbe assolutamente antistorica e puramente ideologica ogni demonizzazione del privato poiché, come largamente evidenziato in precedenza, esso risponde anche a bisogni evoluti dei cittadini in termini, ad esempio, di ricerca della personalizzazione delle risposte assistenziali con continuità di rapporto con l'oculista.

È invece socialmente regressivo il movimento di fuoriuscita dal Servizio sanitario esito del sottodimensionamento al suo interno dell'offerta oftalmologica che, a sua volta, è un portato del lento andare della spesa sanitaria pubblica nel lungo periodo e anche della sottovalutazione rispetto ad altre specialità mediche.

3.6.2. Dati sull'oculistica nel Servizio sanitario

Il quadro delineato rende urgente una discontinuità culturale rispetto al ruolo dell'oftalmologia che, come rilevato, troppo spesso viene sottovalutata rispetto ad altre branche della medicina malgrado, come evidenziato dalle due edizioni del presente Rapporto, i dati certificano la rilevanza che la salute visiva ha nella costruzione del benessere soggettivo degli italiani.

Le prestazioni erogate nel Servizio sanitario per oculistica sono state pari a quasi 9,3 milioni in un anno: lo 0,7% del totale delle prestazioni erogate in un anno che, in valore assoluto sono 1,4 miliardi e il 3,8% delle stesse al netto delle prestazioni erogate nei laboratori di analisi chimico cliniche e microbiologiche che sono l'82,5% del totale (1,1 miliardi).

In termini di quota del totale delle prestazioni (al netto delle prestazioni nei laboratori di analisi chimico cliniche e microbiologiche) nelle varie regioni, si registra un picco del 6% in Friuli-Venezia Giulia, del 5,6% nella PA di Trento e del 5,2% in Veneto. Inoltre, l'indicato-

re ha valori compresi tra il 4 e il 5% in regioni del Nord come Lombardia o Emilia-Romagna e del Centro come il Lazio, per poi calare nettamente sotto al 3% in Campania, Puglia, Basilicata Calabria e Sardegna, mentre in Sicilia è pari al 3,1%.

Dati Agenas, del cruscotto della *Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa*, indicano che per la prima visita oculistica si sono registrate nel periodo gennaio-giugno 2025 quasi 1,4 milioni di prenotazioni:

- nel 34,9% dei casi i cittadini hanno accettato la prima proposta di appuntamento che gli è stata offerta dal CUP;
- oltre 50 mila sono state le prenotazioni per le quali i cittadini non hanno avuto subito una proposta di appuntamento, ma sono stati inseriti in una prelista per poi essere ricontattati. Tuttavia, nel 36,5% di tali casi l'appuntamento proposto non è risultato in linea con i tempi massimi previsti dalla classe di priorità della ricetta.

Riguardo alla distribuzione delle prenotazioni per classe di priorità della ricetta dai dati emerge che:

- nell'1,7% dei casi l'attesa è stata di 72 ore, cioè classe U;
- nel 10,4% delle prenotazioni di 10 giorni, classe di priorità B;
- nel 44,4% di 30 giorni per le visite e di 60 giorni per gli esami, priorità;
- nel 43,6% di 120 giorni, classe di priorità P.

Trova conferma una sorta di sottovalutazione strutturale dell'oculistica nel Servizio sanitario, esito peraltro di un approccio di lungo periodo che l'ha inserite tra le cure elettive e non quelle essenziali.

Tuttavia, è oggi evidente che sottovalutare i costi sociali di una carente salute visiva diffusa tra gli italiani finirebbe per impattare sulla qualità della vita individuale delle persone coinvolte e, anche, sulla loro capacità funzionale nello svolgere al meglio il proprio ruolo sociale e lavorativo. Il danno per la collettività sarebbe enorme con nel lungo periodo implicazioni economiche in termini di ore di lavoro perse e magari di necessità di assistenza. In questa fase, quindi, è fondamentale che nel set di servizi e prestazioni che il Servizio sanitario deve necessariamente garantire, e per cui gli deve essere erogato un adeguato finanziamenti pubblico ogni anno, sia riconosciuto un posto più ampio e importante all'oculistica, altrimenti proseguirà l'espulsione progressiva con esito negativo su benessere e qualità della vita degli italiani.

3.6.3. L'oculistica come spesa costituzionalmente necessaria

L'oftalmologia ha subito, in modo più intenso rispetto ad altre specialità, gli esiti di dinamiche sociopolitiche di lungo periodo che hanno ridimensionato il Servizio sanitario tramite il lento andare della spesa sanitaria pubblica rispetto alla dinamica incalzante dei fabbisogni sanitari e sociosanitari.

Infatti, come rilevato in precedenza, nel lungo periodo si registra un ritmo diverso di crescita tra la domanda sanitaria, gonfiata anche dall'invecchiamento della popolazione, e la spesa sanitaria pubblica ancorata a vincoli di bilancio che, in alcune fasi, sono stati molto stringenti. Peraltro, nella cultura sociopolitica a lungo ha prevalso un punto di vista che attualmente è, almeno sul piano del discorso pubblico, in revisione: il diritto alla salute, e quel che lo incarna in termini di servizi e prestazioni che devono essere garantiti dal Servizio sanitario

ovunque e a tutti, è stato per molto tempo limitato di fatto dai vincoli imposti dalla ricerca dell'equilibrio di bilancio.

Gli effetti di questa logica che, alla fin fine, ha lungamente informato di sé le scelte pubbliche sul finanziamento della sanità, sono emersi in modo tremendo durante l'emergenza del Covid. In tale contesto ci si è resi traumaticamente conto dell'estrema fragilità del sistema sanitario, privo di presidi territoriali adeguati ed esposto ai picchi di domanda nei front-office dei Pronto Soccorso.

Eppure, in quella fase difficilissima della recente storia nazionale era sembrata maturare tra decisori e cittadini la consapevolezza che tagliare la sanità era autolesionista e foriero di conseguenze ben più gravi.

E pertanto la perniciosa tendenza a vincolare la spesa sanitaria pubblica a esigenze finanziarie di bilancio pubblico sembrava finalmente potesse essere sostituita dal primato dell'efficienza nel garantire la tutela della salute.

Ecco perché il grado reale di tutela del Servizio sanitario dipenderà da ampiezza e contenuto del pacchetto di servizi e prestazioni in cui dovrebbe essere materializzato il diritto alla salute e che dovrebbe essere sempre e comunque garantito in termini di risorse pubbliche e di prestazioni erogate.

A questo proposito, dall'indagine emerge che per l'88,3% degli italiani il Servizio sanitario dovrebbe garantire anche gli interventi per correggere miopia, astigmatismo o ipermetropia e ne sono convinti:

- l'87% dei cittadini del Nord-Ovest, l'88,7% del Nord-Est, l'87,7% del Centro e l'89,5% del Sud-Isole;
- il 77,3% dei giovani, l'89,5% degli adulti e il 94,1% degli anziani.

I dati sono un'indicazione inequivocabile del consenso sociale che esiste intorno all'idea che l'oftalmologia dovrebbe svolgersi in prevalenza all'interno del Servizio sanitario e non, come evidenziato dalla presente ricerca, soprattutto all'esterno di esso, a carico dei cittadini.



L'esperienza dei Pronto Soccorso

4.1. Numeri per capire

4.1.1. Una riduzione consistente

I Pronto Soccorso sono tra i nodi più in difficoltà del Servizio sanitario in questa fase storica. Per comprendere la natura delle criticità che sono andate emergendo occorre una visione di lungo periodo in grado di rendere evidente l'origine della pressione a cui tali servizi sono sottoposti nei territori.

Il numero di punti di Pronto Soccorso è stato drasticamente ridotto in un ventennio poiché erano 659 nel 2003 e sono 433 nel 2023, con -226 punti di Pronto Soccorso.

Gli accessi al Pronto Soccorso sono passati da 22,7 milioni nel 2003 a 18,4 milioni nel 2023 con una contrazione di 4,4 milioni di accessi. Così gli accessi medi *per punto di Pronto Soccorso* sono saliti da 34.463 del 2003 a 42.386 del 2023; pertanto, per ogni punto di Pronto Soccorso si è registrato in un ventennio un salto in alto del *carico medio teorico* +7.923 unità annue, pari a +23%.

Sono numeri che, in modo sintetico, ma impressionante, evidenziano l'*upgrading* della pressione della domanda sui punti di Pronto Soccorso, che sono stati drasticamente ridotti nei territori.

4.1.2. Accessi per emergenze oculistiche nell'ultimo anno

Nell'ultimo anno al 14,7% degli italiani è capitato di rivolgersi ad un Pronto Soccorso generale e/o oftalmico per emergenze oculistiche come traumi, ferite o corpi estranei negli occhi. A farlo è stato:

- il 17,5% degli uomini e il 12,1% delle donne;
- il 14,7% dei residenti nel Nord Ovest, il 15,9% nel Nord Est, il 15,5% nel Centro e il 13,6% nel Sud e nelle Isole.

L'esito del triage è stato: il 31,8% delle persone che si sono rivolte al Pronto Soccorso hanno ricevuto un *codice bianco* e quindi non urgente, il 39,5% verde, urgenza minore, il 5% azzurro, urgenza differibile, il 9,7% arancione, urgenza e il 4,5% Rosso, vale a dire emergenza.

I dati mostrano che:

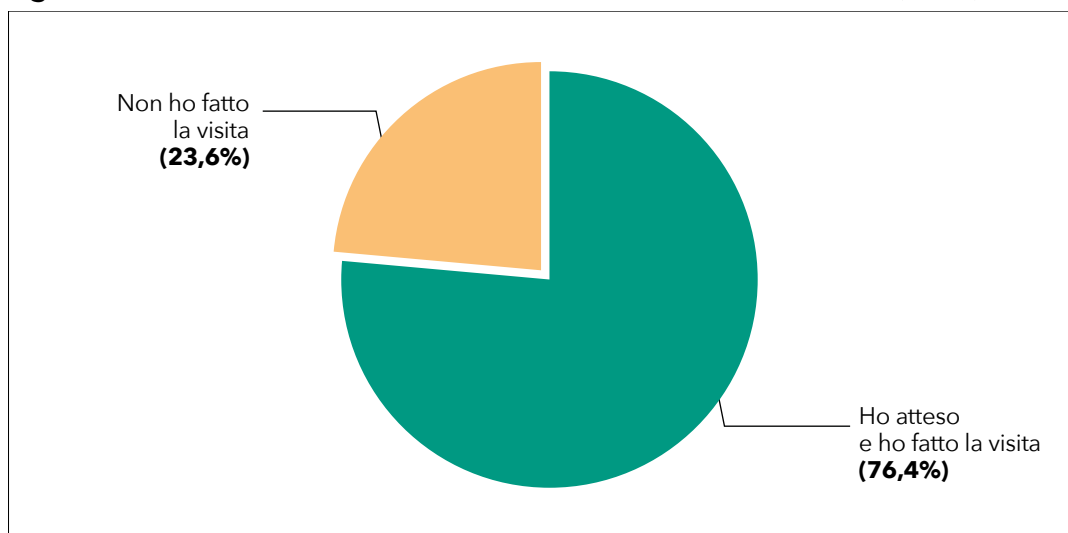
- è contenuta la quota di italiani che corre al Pronto Soccorso per problematiche legate alla vista o che percepisce condizioni di emergenza tali da stimolare la corsa verso il primo punto di Pronto Soccorso;
- l'esito del triage all'arrivo al Pronto Soccorso segnala che anche tra coloro vi si sono recati, la quota di reali emergenze o, comunque, i casi così valutati in fase di accesso, è molto ridotta.

Inoltre, tra coloro che si sono recati in un Pronto Soccorso in generale o in uno oftalmico:

- il 76,4% ha atteso e poi fatto la visita;
- il 23,6% ha finito per non fare la visita (**fig. 9**).

Riguardo alle ragioni, il 18,4% perché i tempi di attesa erano troppo lunghi, il 4,7% per non c'era il medico oculista e l'0,6% per altre ragioni.

Fig. 9 - Ricorso al Pronto Soccorso: chi ha atteso e fatto la visita e chi no (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2025

4.1.3. Il senso dei dati

Le esperienze di Pronto Soccorso per problemi alla vista che i dati citati raccontano mettono in luce le tensioni che attraversano il sistema di risposta all'emergenza.

Infatti, chi ha fatto ricorso al Pronto Soccorso percepisce un'urgenza, un bisogno immediato di essere visitato e eventualmente curato, che però poi deve misurarsi con limiti strutturali dell'offerta che generano tempi di attesa troppo lunghi o, in alcuni casi, addirittura l'assenza dell'oculista.

Il Pronto Soccorso, in questi casi, perde la sua funzione di presidio tempestivo e accessibile per tutti, e si trasforma in un luogo di rinvio, di attesa, talvolta di rinuncia. In pratica, nell'esperienza di tanti italiani le carenze strutturali lo rendono catalizzatore dei meccanismi dilatori che occultamente razionano le prestazioni sanitarie e che obbligano le persone a cercare soluzioni alternative, come ad esempio semplicemente rinviare.

Peraltro, le differenze di accesso tra macroaree e anche tra i vari gruppi sociali certificano che l'urgenza non è vissuta, né gestita, in modo uniforme. Anche in questo ambito, quindi, di fronte ad un sistema che stenta a dare risposte, si attivano strategie individuali di compensazione, dal ricorso al privato al semplice rinvio.





Effetti socialmente regressivi

5.1. La spirale divaricante

5.1.1. Esempio disparità nella prevenzione

Decisivo è l'accesso difficile al Servizio sanitario causato da barriere in termini di lunghezza di liste di attesa con tempi che una quota significativa di italiani per problematiche legate alla vista tende a non accettare.

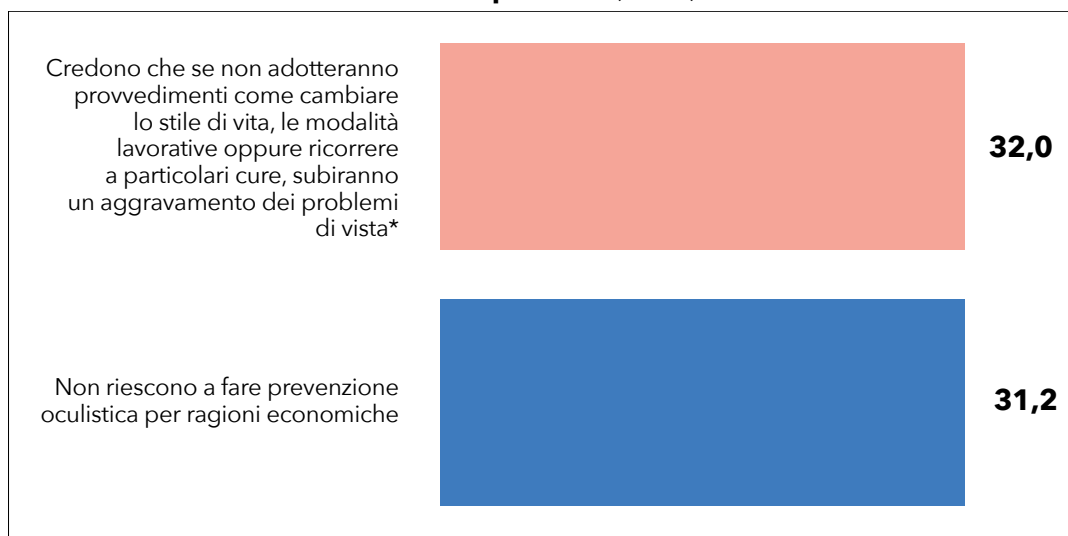
Quindi, si è creato un flusso verso la sanità a pagamento che è somma:

- delle fughe di chi prova a prenotare nel Servizio sanitario e decide di non attendere la lista di attesa;
- delle scelte di chi va direttamente nella sanità a pagamento, certo che non potrà avere accesso in tempi congrui alle prestazioni nel pubblico o nel privato accreditato.

Ne emerge uno spostamento di prestazioni nel privato e della spesa sui budget familiari: ecco socialmente l'esito fondamentale dei processi descritti che poi impatta sulla possibilità concreta per *tutti ovunque* di accedere alle prestazioni oculistiche di cui hanno bisogno in tempi appropriati.

Dall'indagine, infatti, emerge che il 31,2% degli italiani, ad esempio, non è in grado di fare prevenzione oculistica come vorrebbe per ragioni economiche (**fig. 10**). Condizione condivisa dal 28,2% dei residenti al Nord-Ovest, dal 26% al Nord-Est, dal 27% al Centro e dal 39,2% al Sud-Isole.

Fig. 10 - Italiani ai quali hanno comunicato rischi in caso di mancata prevenzione e/o con difficoltà economiche nel praticarla (val. %)



(*) Solo per coloro che hanno indicato di avere difetti della vista o malattie oculari

La somma delle percentuali non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2025

La prevenzione negata coinvolge una minoranza consistente di italiani prossima a un terzo del totale dei maggiorenni, che sale addirittura in prossimità del 40% nelle regioni meridionali. Riguardo al reddito, poi è il 48,6% delle persone a basso reddito e il 5,4% di quelle a reddito più alto, superiore a 50 mila euro annui.

5.1.2. L'equità tradita

I dati sulla prevenzione impossibile non segnalano solo una evidente *inapplicazione* del dettato del Servizio sanitario, la eguale tutela della salute con accesso universalistico alla sanità per tutti ovunque, ma una disparità di fatto che incide sui percorsi di vita delle persone.

Infatti, c'è una quota di italiani che non è nelle condizioni di beneficiare di un percorso regolare di prevenzione e controllo della salute visiva, perché non riesce ad avere accesso al Servizio sanitario e non dispone di risorse per acquistare le prestazioni necessarie.

Pertanto, la prevenzione visiva diventa esempio paradigmatico del razionamento sanitario *silenzioso*, che discrimina tra i cittadini prima ancora che tentino di prenotare una qualche prestazione nel Servizio sanitario.

5.1.3. I rischi di peggioramento

La disparità di accesso alla prevenzione per la salute visiva non genera conseguenze solo statiche, cioè differenze che restano uguali nel tempo poiché, in realtà, è molto frequente che mancate visite o accertamenti preventivi non fatti conducano poi, più avanti nel tempo, a fare i conti con problematiche sanitarie della vista più gravi e in uno stadio più avanzato.

Infatti, è piuttosto frequente che un difetto della vista in assenza di misure specifiche relative a stili di vita e lavoro o anche a cure sanitarie finisca per aggravarsi.

Il 32% delle persone che hanno un disturbo della vista dichiara che il proprio oculista o medico gli ha esplicitamente detto che, senza modifiche al proprio stile di vita oppure in assenza di determinate cure, il problema di cui soffre **è destinato ad aggravarsi**. Pertanto, coloro che per ragioni economiche non riescono a fare visite oculistiche di prevenzione sono particolarmente esposti al circolo vizioso del peggioramento di uno o più deficit della vista.

5.2. Una spesa che pesa

5.2.1. Pressione ulteriore sui budget familiari

Le dinamiche sanitarie e sociali descritte si riflettono poi nelle conseguenze micro che coinvolgono i budget delle singole famiglie con relative decisioni di ri-articolazione delle spese fattibili.

Guai a dimenticare che nella fase attuale c'è un prolungato affaticamento dei budget familiari che dopo l'emergenza Covid hanno dovuto affrontare quasi un biennio di alta e crescente inflazione che, sebbene ora sia in netta discesa, ha comunque lasciato il segno sulla psicologia degli italiani relativamente alla spesa, ai consumi e ai risparmi.

Inoltre, nel lungo periodo notoriamente le retribuzioni degli italiani hanno camminato molto lentamente, nel mentre alcune voci di spesa, ad esempio quelle obbligate legate alla casa, hanno subito un significativo incremento.

Le spese sanitarie private per la vista, come del resto quelle per le altre prestazioni sanitarie, vanno a premere su condizioni economiche già da tempo sotto pressione per una molteplicità di fattori.

E allora non sorprende che per il 51,6% degli italiani le spese per la cura della vista pesano sul proprio budget familiare: in particolare, per il 10,9% pesano molto e per il 40,7% abbastanza. Poi, per il restante 37,8% pesano poco e solo per il 10,6% non pesano.

Il peso percepito delle spese private per prestazioni oculistiche sui budget familiari si differenzia per macroarea di residenza poiché pesa molto o abbastanza sui budget familiari per il 44,9% nel Nord-Ovest, per il 42,1% nel Nord-Est, per il 53,4% al Centro e per il 61,6% nel Sud-Isole.

Emerge ancora una volta la differenziazione territoriale con peso crescente delle spese sui budget familiari nelle regioni del Centro e del Sud-Isole, dinamica che ricalca il diversificato peso della sanità privata come interlocutore primario per visite oculistiche e accertamenti che cresce passando dal Nord al Centro al Sud-Isole.

Nelle regioni meridionali, infatti, come si è rilevato in precedenza, sono più alte le quote di cittadini che in presenza di lunghe liste di attesa nel Servizio sanitario scelgono di andarsene nella sanità a pagamento o, anche, optano per recarsi direttamente nel privato.

Il peso percepito è ovviamente inversamente proporzionale al reddito familiare, poiché

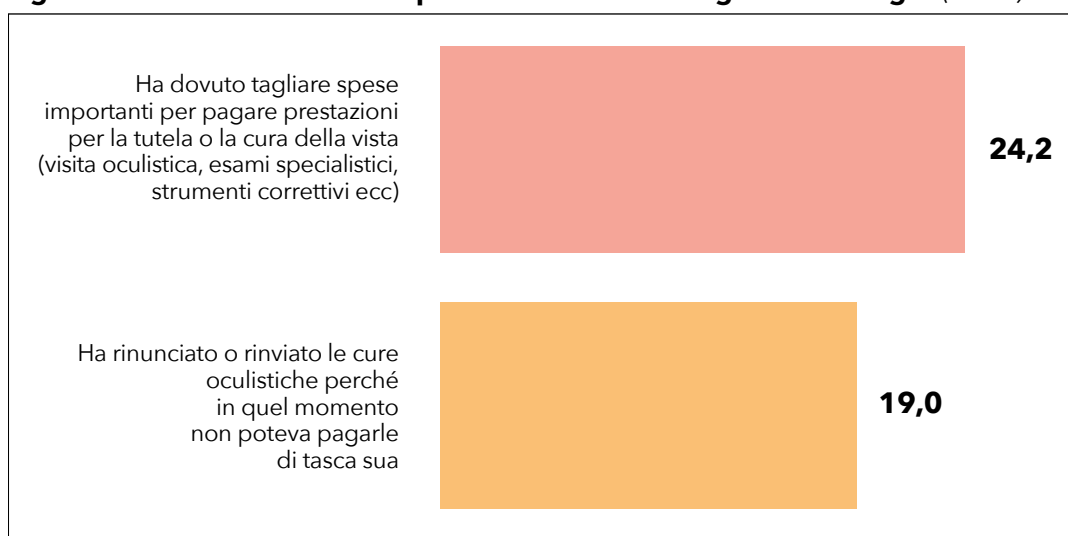
pesa molto o abbastanza sul budget familiare del 63,3% di quelle a basso reddito e del 39,2% di quelle a reddito più alto.

5.2.2. Spiazzamento di altre spese ai rinvii e rinunce

L'emergere di una voce di spesa nei budget familiari, a parità di risorse disponibili, viene di solito finanziata ridefinendo l'allocazione delle proprie risorse con nuove gerarchie di priorità tra gli acquisti.

Così, anche tra chi sta affrontando significative spese per l'oculistica emergono strategie di ridefinizione della gestione dei budget familiari poiché, ad esempio, il 24,2% ha dovuto tagliare altre spese importanti per accedere a visite oculistiche, accertamenti diagnostici o strumenti correttivi (**fig. 11**).

Fig. 11 - Effetti economici delle spese oculistiche sui budget delle famiglie (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2025

E lo ha dovuto fare:

- il 19,2% nel Nord-Ovest, il 20,9% nel Nord-Est, il 20% al Centro e il 32,7% nel Sud-Isole.
- il 40% dei bassi redditi, il 24,6% di quelli medio-bassi, il 21,9% di quelli medio alti e il 5,5% di quelli alti.

Gli sforzi di riallocazione o, magari, di mobilitazione di quote di risparmio non sempre sono sufficienti per finanziare la nuova voce di spesa poiché, ad esempio, il 19% degli italiani ha dichiarato che ha dovuto rinviare o rinunciare a qualche spesa per prestazioni sanitarie o per strumenti correttivi, da occhiali a lenti a contatto, perché in quel momento non poteva sostenerne il costo.

È accaduto al 16,7% nel Nord-Ovest, al 15,2% nel Nord-Est, al 16% al Centro e al 25% nel Sud-Isole. Ed è accaduto anche al 34% dei redditi bassi, al 17,2% di quelli medio-bassi, al 17,3% dei medio-alti e al 3,7% di quelli più alti. Gli impatti delle spese per la salute visiva non sono marginali tanto che in alcuni casi le famiglie semplicemente fanno una valutazione di fattibilità e rinviando o, almeno per il momento, rinunciano.

Guai a sottovalutare anche la persistenza di talune spese relative a difetti o patologie della vista che, ad esempio, cumulandosi in un anno possono diventare consistenti. Si pensi, ad esempio, al costo delle lenti a contatto periodiche o anche a quello di lenti o montature per occhiali oltre, ovviamente, all'eventuale reiterarsi di visite ed esami specialistici. Pertanto, la salute visiva, pur centrale nella vita quotidiana di milioni di italiani, non può che confrontarsi e subire gli effetti dei limiti concreti legati alla disponibilità economica delle persone.

Come più volte rilevato, le difficoltà del Servizio sanitario accentuano la tensione tra bisogno di cura e risorse disponibili, tagliando fuori da una molteplicità di interventi necessari per la buona salute della vista quote non certo irrilevanti di persone.

5.3. Le rappresentazioni sociali

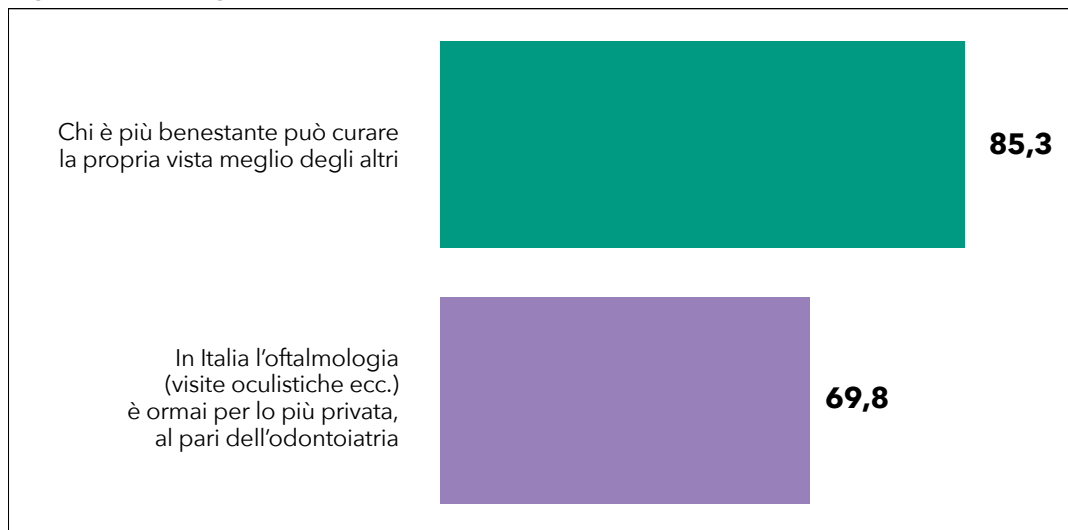
5.3.1. Salute della vista diseguale

Come ampiamente evidenziato, il trasferimento del costo della salute della vista per una parte consistente sui budget familiari genera disparità ed esclusione sociale. Sul piano delle rappresentazioni sociali, si è andata radicando tra gli italiani l'idea che *la vista non è sempre uguale per tutti*.



Infatti, secondo l'85,3% degli italiani chi dispone di maggiori risorse economiche riesce a curare meglio la propria salute visiva (**fig. 12**). Lo pensa anche l'86,8% dei residenti al Nord-Ovest, l'83,2% al Nord-Est, l'88,3% al Centro e l'83,5% nel Sud-Isole. E lo pensa anche il 78,3% dei giovani, l'86,7% degli adulti e l'87,9% degli anziani.

Fig. 12 - Idee degli italiani sull'oculistica in Italia (val. %)



La somma delle percentuali non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2025

Una percezione largamente maggioritaria nei gruppi sociali e nelle macroaree di residenza che è in assoluta controtendenza rispetto all'universalità del Servizio sanitario ed alla sua funzione storica di contenimento delle disparità sociali.

Un'idea di salute diseguale che coinvolge anche la vista, proprio per quel processo di trasmigrazione delle prestazioni oculistiche scambiate dal perimetro del Servizio sanitario alla sanità a pagamento.

5.3.2. L'oculistica è privata, ma a volte per scelta

Il 69,8% degli italiani ritiene che l'oftalmologia, dalle visite oculistiche alla molteplicità di accertamenti sino all'acquisto degli strumenti correttivi e anche di molti dei farmaci, è ormai, proprio come l'odontoiatria, afferente alla sanità a pagamento. Ne sono convinti:

- il 68,3% nel Nord-Ovest, il 68,6% nel Nord-Est, il 66,3% al Centro e il 73,9% nel Sud-Isole;
- il 72,1% dei giovani, il 72,4% degli adulti e il 63,8% degli anziani.

È idea sociale condivisa il fatto che le cure oculistiche siano strutturalmente e stabilmente nella loro maggioranza progressivamente sottratte a pubblico e privato accreditato.

Questa dinamica ha però una sua complessità che va interpretata, oltrepassando le letture semplicistiche che riconducono tutto alle carenze del Servizio pubblico, che è una causa maggiore, ma non l'unica.

Entrano infatti in gioco ulteriori fattori comportamentali, di desideri e scelte dei cittadini che giocano un ruolo nello spiegare almeno una parte dello *shift* nel privato.

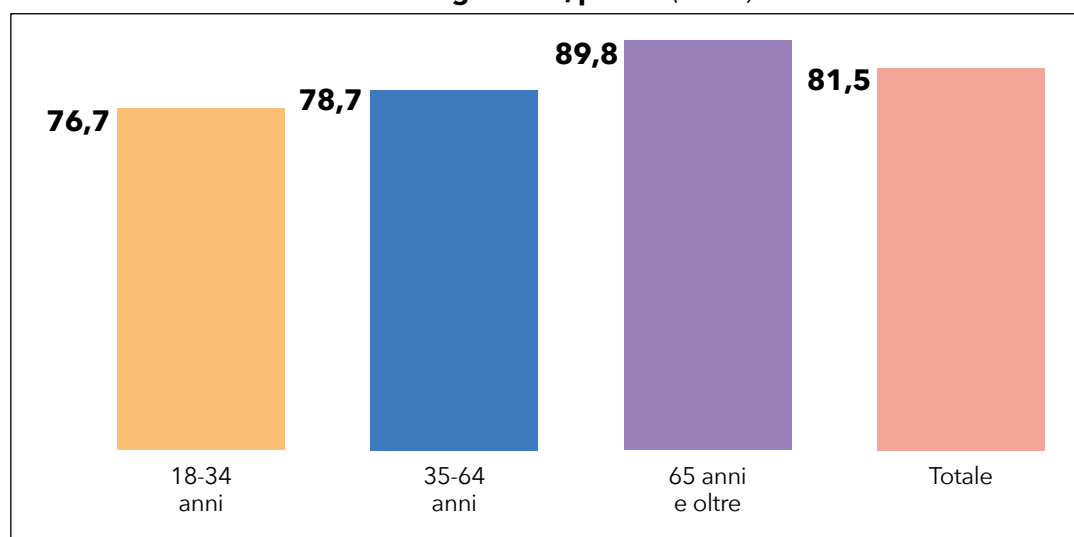
Infatti, la salute visiva è una funzione essenziale, che incide sulla qualità della vita quotidiana.

na e che molto spesso richiede soluzioni rapide e fortemente personalizzate. Non solo: come per altri aspetti della tutela della salute, per i cittadini è fondamentale il rapporto fiduciario con l'oculista ed eventualmente con la struttura a cui si rivolge.

Infatti, l'81,5% degli italiani preferisce essere seguito da un solo medico oculista piuttosto che doverlo cambiare ad ogni visita (**fig. 13**). Desiderio condiviso:

- dal'81,7% nel Nord-Ovest, dal 77,7% nel Nord-Est, dall'80,6% al Centro e dall'84,1%, Sud-Isole;
- dal 76,7% dei giovani, dal 78,7% degli adulti e dall'89,8% degli anziani.

Fig. 13 - Italiani che preferiscono essere seguiti da un solo oculista di fiducia piuttosto che doverlo cambiare ad ogni visita, per età (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2025

È pertanto decisivo il rapporto personale, diretto, con l'oculista nel quale le persone vogliono poter avere fiducia e che così diventa un riferimento nel tempo. E proprio per poter dialogare sempre e comunque con l'oculista di fiducia gli italiani sono pronti anche a pagare di tasca propria la visita.

Pertanto, una parte dello spostamento della domanda di prestazioni oculistiche nel privato è da attribuire alla volontà di scegliere il proprio interlocutore che, invece, nel caso del Servizio sanitario raramente è possibile.

In questo senso si può parlare di una sorta di *privatizzazione funzionale*, che non nasce dai vincoli strutturali di accesso al Servizio sanitario, ma da una ricerca di qualità specifica che gli italiani riescono a ottenere pagando di tasca propria.



PAZIENTE
FG 21.01.11
ANGELICA ♥
CONFIDENCE

L'importante contributo di Terzo settore e Volontariato

6.1. Ammortizzando l'erosione del welfare pubblico

Le difficoltà del Servizio sanitario sono parte della più generale crisi del welfare pubblico, la cui capacità di garantire copertura dai grandi rischi sociali ha subito nel tempo un'erosione evidente.

La crescita quantitativa dei fabbisogni sociali, come di quelli sanitari, è stata molto più intensa dell'offerta di servizi e prestazioni sociali e, nel frattempo, si è anche determinato un gap qualitativo tra la composizione dei fabbisogni e quella dell'offerta.

Il gap quali-quantitativo tra domanda e offerta di protezione sociale è in parte colmato dal privato con l'acquisto di prestazioni da parte dei cittadini con risorse proprie, ma un contributo a coprire quote di domanda è venuto nel tempo anche dal Non profit e dal Volontariato.

Un universo ampio e molto eterogeneo che, però, ha la capacità di produrre ed erogare un elevato ammontare di servizi e prestazioni che, spesso, hanno anche una qualità particolarmente apprezzata dai beneficiari.

Quindi, Terzo settore e Volontariato sono attori ulteriori del sistema di protezione sociale italiano, e contribuiscono ad ammortizzare gli effetti sociali delle difficoltà di finanziamento della rete pubblica e accreditata di welfare.

Naturalmente, Terzo settore e Volontariato non possono essere interpretati solo come una sorta di ciambella di salvataggio per gruppi sociali a più alta vulnerabilità. Non poche sono, infatti, le esperienze in cui hanno interpretato l'innovazione, la capacità di dare risposte originali a bisogni sino a quel momento non coperti dal welfare formalizzato o, anche, la capacità di ampliare il portafoglio di opportunità sociali.

Infatti, ci sono ambiti in cui il Terzo settore ha sviluppato soluzioni in tema di servizi o, anche, di mobilitazione della società che vanno ben oltre il welfare tradizionale e la necessità di coprirne eventuali buchi.

6.2. Una funzione positiva

6.2.1. Nell'oculistica

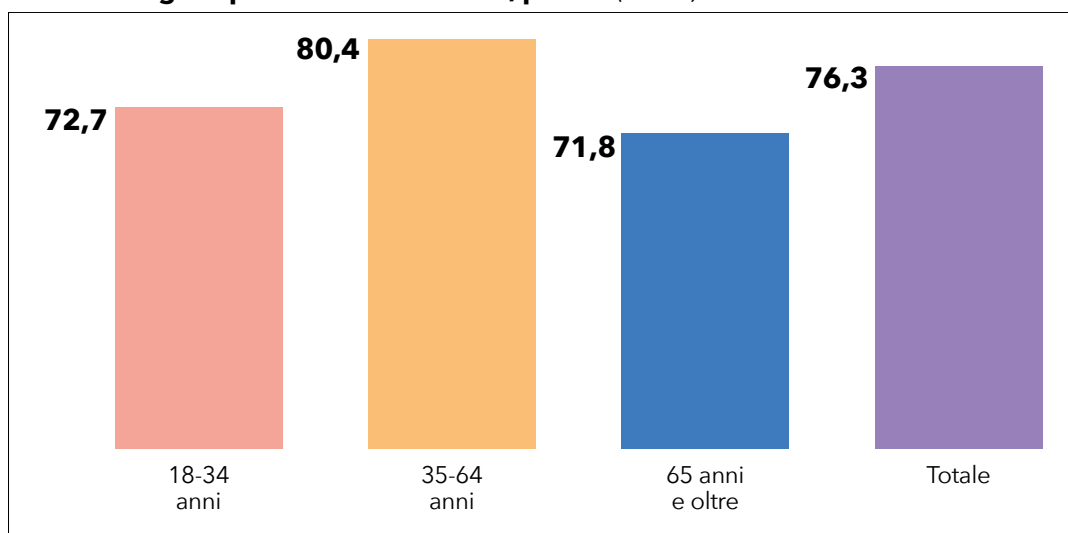
Quale ruolo svolgono attualmente le diverse tipologie di organizzazione del Non profit e del Volontariato nell'ambito della salute visiva tenuto conto, in particolare, delle dinamiche regressive individuate nel rapporto tra cittadini e offerta oftalmologica del Servizio sanitario?

Operativamente, esiste un'offerta del Non profit, che integra quella pubblica e quella privata pura, coprendo una quota di domanda di prestazioni oculistiche che, altrimenti, non troverebbe risposte appropriate.

È un'attività dagli effetti significativi che incontra l'alto apprezzamento dei cittadini poiché il 76,3% degli italiani valuta positivamente il contributo delle organizzazioni di Volontariato e non profit nell'erogazione di cure oculistiche, altrimenti difficilmente accessibili tramite il Servizio sanitario (**fig. 14**). Peraltro, sono prestazioni a costi generalmente più contenuti di quelli praticati nel privato puro. E il positivo giudizio è condiviso dal:

- 72,7% dei giovani, dall'80,4% degli adulti e dal 71,8% degli anziani;
- 79% dei residenti nel Nord-Ovest, dal 73,2% nel Nord-Est, dal 73,8% nel Centro e dal 77,4% nel Sud-Isole.

Fig. 14 - Italiani che apprezzano gli organismi del Terzo settore e del Volontariato che erogano prestazioni oculistiche, per età (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2025

L'offerta del privato sociale ha la duplice funzione di coprire una quota di domanda altrimenti deprivata di prestazioni oculistiche e di, presumibilmente, contribuire a calmierare i prezzi di visite e accertamenti oculistici.

Perché, come rilevato, è evidente che l'oftalmologia fuori dal Servizio sanitario, del non profit e del privato, riesce a garantire un'offerta di prestazioni a prezzi mediamente sostenibili anche per famiglie non abbienti. È anche questo un modo per contenere la spirale socialmente regressiva esito delle barriere d'accesso all'oculistica nel Servizio sanitario.

6.2.2. Apprezzamento diffuso

È importante evitare letture riduzionistiche del ruolo del Terzo settore e del Volontariato, come se fossero solo orpelli di un sistema fondato su due pilastri sostanziali, il pubblico e il privato accreditato da un lato e il privato puro dall'altro.

E sarebbe anche errato sminuire la qualità delle prestazioni erogate come se fossero una soluzione minimale finalizzata ad evitare l'esclusione di gruppi sociali che stentano ad accedere nel pubblico e non hanno risorse sufficienti per garantirsi sempre e comunque le prestazioni nel privato.

Terzo settore e Volontariato hanno sicuramente arricchito il sistema di protezione sociale italiano, portando in fasi diverse della storia sociale italiana ondate di innovazione e, in questa fase, hanno la meritoria funzione di ampliare la gamma delle soluzioni disponibili per i cittadini.

E, poi, ovviamente c'è la dimensione prettamente sociale, vale a dire quell'impegno più marcato della solidarietà che è fatto di prestazioni oculistiche e disponibilità di strumenti correttivi, in particolare occhiali, per gruppi sociali particolarmente vulnerabili, deprivati, ai margini, che altrimenti semplicemente si limiterebbero a convivere, male ovviamente, con problematiche della vista.

In pratica, Terzo settore e Volontariato con il proprio intervento nel settore oculistico creano valore sociale, offrendo prestazioni a costi contenuti e per persone che semplicemente non potrebbero acquistarle.

Questa funzione dai molteplici virtuosi esiti sociali è largamente riconosciuta e apprezzata dagli italiani, ed è la base della elevata social reputation di Terzo settore e Volontariato, portato del riconoscimento dell'efficacia sociale della loro azione, che non è percepita come residuale o come una sorta di tappabuchi solo per i troppo poveri.

In definitiva, per l'oculistica il Terzo settore non si configura come un supplente temporaneo, ma come un componente strutturale dell'infrastruttura di prevenzione e cura capace di intercettare bisogni trascurati con servizi concreti.

L'apprezzamento degli italiani per tale operato non si limita alla sua funzionalità, ma coinvolge presumibilmente la qualità relazionale e la fiducia che esso genera.



Soluzione unica per difetti della vista e dell'udito

7.1. Il quadro quantitativo

7.1.1. Disturbi uditivi

Il 13,4% degli italiani ha ricevuto una diagnosi medica di disturbo uditivo, mentre un ulteriore 10,1% ritiene di esserne affetto, pur senza aver avuto una valutazione specialistica.

Ad avere un disturbo uditivo diagnosticato è:

- il 9% dei giovani, il 13,4% degli adulti e il 16,7% degli anziani;
- il 15,6% degli uomini e l'11,4% delle donne;
- il 12,8% dei residenti al Nord-Ovest, il 14% al Nord-Est, il 14,6% al Centro e il 12,9% nel Sud-Isole.

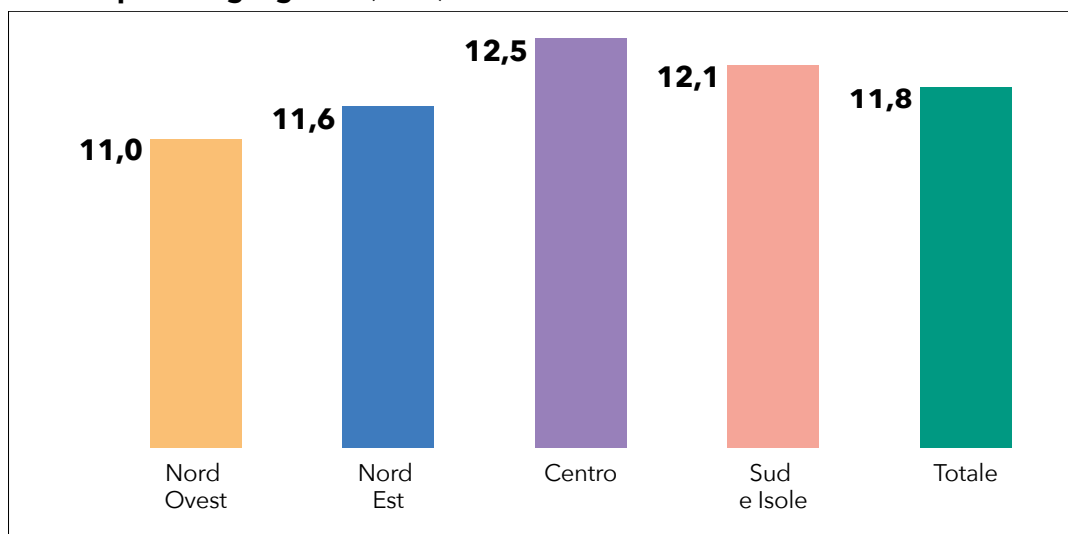
Anche se riguarda una fetta minore della popolazione, la difficoltà a sentire bene espone comunque le persone alla gestione di un disturbo altrettanto impattante sulla vita quotidiana, soprattutto se non corretto. Ne discendono situazioni di sofferenza, di disagio, di difficoltà nei vari momenti di vita.

Una volta delineato chi soffre di disturbi visivi e uditivi è anche utile individuare chi soffre di entrambi. A soffrire di difetti visivi e uditivi diagnosticati sono l'11,8% degli italiani (**fig.**

15). Ne soffrono in particolare:

- l'11% dei residenti al Nord-Ovest, l'11,6% al Nord-Est, il 12,5% al Centro e il 12,1% nel Sud-Isole.
- l'8,4% dei giovani, il 12,2% dei 35-64enni e il 13,4% degli anziani;
- il 13,3% dei maschi e il 10,4% delle donne.

Fig. 15 - Italiani ai quali hanno diagnosticato un difetto visivo e un difetto uditivo, per area geografica (val %)



Fonte: indagine Censis, 2025

Si tratta di persone particolarmente fragili poiché devono combattere tutti i giorni due disturbi limitanti che inevitabilmente influenzano la qualità della vita sia in termini sociali, e quindi di autonomia e benessere individuale, che in termini economici in quanto l'acquisto e la manutenzione degli strumenti necessari per correggere vista e udito rappresentano una spesa consistente e impegnativa con costi che possono incidere pesantemente sul budget familiare.

7.2. Le soluzioni

7.2.1. Gli apparecchi acustici: innovati ma poco adottati

Solo il 3,9% degli intervistati dichiara di indossare attualmente un apparecchio acustico. È evidente quindi l'ampiezza dello scarto tra la presenza del disturbo e la scelta di ricorrere nel quotidiano a un apparecchio acustico. Eppure, a livello tecnologico gli apparecchi acustici da tempo vivono gli effetti di una prolungata fase di innovazione che li ha senz'altro resi meno visibili, più comodi e più efficienti rispetto al passato anche più recente. Tuttavia, lo stigma associato al loro utilizzo rende le persone con disturbi uditivi ancora reticenti ad indossarli abitualmente.

In ogni caso, è sicuramente migliorata la *social reputation* degli apparecchi uditivi, visto che esprimono un giudizio positivo:

- il 77,1% degli italiani per la tecnologia e la personalizzazione, cioè la possibilità di regolare l'apparecchio in base a specifiche preferenze o ambienti ecc.;
- il 72,2% per la comodità relativamente alla dimensione, all'adattabilità, al comfort ecc.;
- il 71,5% per la funzionalità per la qualità del suono, durata della batteria ecc.;
- il 65,3% per l'estetica dell'apparecchio riguardo a visibilità, discrezione, design ecc.

Tuttavia, il 60,5% degli italiani ritiene che i prezzi siano ancora elevati.

In definitiva, i dati certificano che negli ultimi anni si è avuto un upgrading tecnologico ed estetico degli apparecchi acustici, largamente comunicato, ma si è ancora distanti dalla loro trasformazione in oggetti desiderabili o indossabili abitualmente nel quotidiano, come accaduto agli occhiali notoriamente diventati nel tempo sempre più *appealing*.

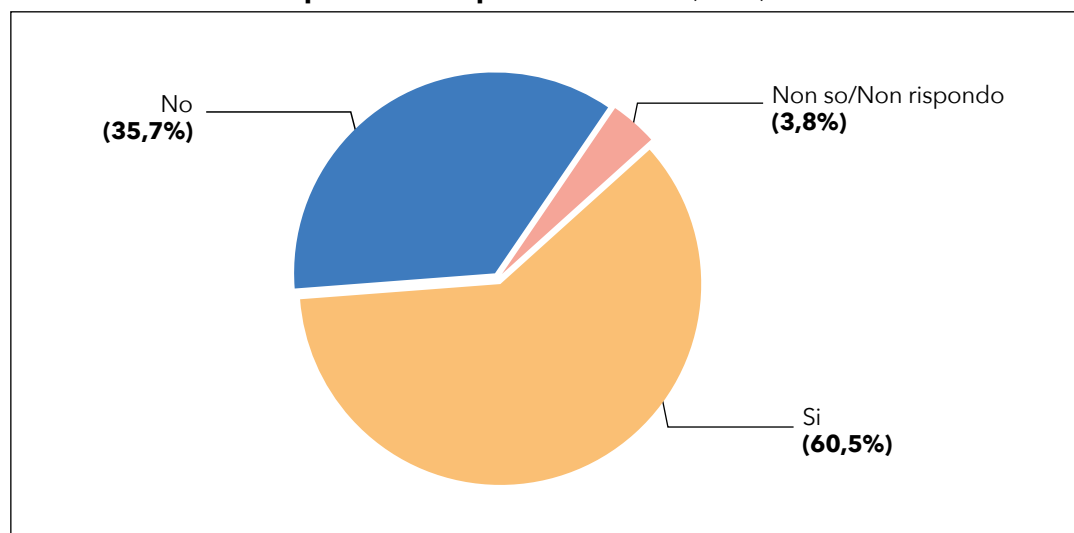
Eppure, l'intervento precoce a correzione di disturbi uditivi sarebbe estremamente importante per tutelare il benessere e la salute delle persone coinvolte. Infatti, numerosi studi scientifici certificano il nesso tra la perdita di udito e il declino cognitivo, evidenziando come la mancata correzione o il ritardo dell'intervento sul disturbo uditivo finisca per avere effetti significativi sulla qualità della vita.

7.2.2. Occhiali con dispositivo acustico

La coesistenza di difetti della vista e all'udito sinora è stata affrontata con soluzioni distinte, entrambe essenziali visto che sono ambiti sensoriali che incidono profondamente sulla qualità della vita, sulle relazioni e sull'autonomia personale.

Lo sviluppo tecnologico ha ormai reso disponibili dispositivi integrati, risposte appropriate per udito e vista. Il 60,5% di chi soffre di disturbi sia visivi che uditivi diagnosticati indosserebbe occhiali che incorporano un dispositivo acustico (**fig. 16**).

Fig. 16 - Italiani con disturbi sia uditivi che visivi diagnosticati che indosserebbero occhiali che incorporano un dispositivo acustico (val %)



Fonte: indagine Censis, 2025

Sarebbe una soluzione molto apprezzata in grado di semplificare le risposte a bisogni funzionali decisivi per la buona vita quotidiana.

Pertanto, gli occhiali con integrato un dispositivo acustico sono percepiti come una soluzione particolarmente gradita da chi deve concretamente indossarli, rendendo così possibile un salto di qualità nell'oltrepassare lo stigma che ancora oggi sembra colpire gli apparecchi acustici, malgrado il già citato notevole miglioramento tecnologico e funzionale.

Le soluzioni ibride, quindi, sono in grado di abbattere le problematiche socioculturali relative allo stigma a costi più sostenibili. E l'idea di un supporto multisensoriale risulta già culturalmente accettabile, dando così implicitamente conferma che tali soluzioni sono le risposte appropriate per chi ha problematiche uditive poiché incarnano tecnologie per la cura di sé più discrete, personalizzabili, capaci di semplificare la gestione quotidiana della propria salute, senza rinunciare a estetica e comfort. La frontiera visivo-uditiva rappresenta così un nuovo orizzonte possibile dell'innovazione, dove la qualità della vita passa attraverso soluzioni intelligenti, e ben integrate.



Gli scenari demografici e le loro conseguenze

8.1. Quel che presumibilmente accadrà

8.1.1. La minaccia

Il rapporto con la salute della vista è molto condizionato da orientamenti socioculturali che determinano nelle persone il grado di attenzione e l'eventuale coinvolgimento in pratiche di prevenzione e richiesta di prestazioni oculistiche. La presente ricerca evidenzia che attualmente gli anziani hanno un minor interesse ed esprimono un minor attivismo relativamente alla salute della vista.

Infatti, l'età in cui ci si accorge di soffrire di un deficit alla vista è molto più avanzata tra gli attuali anziani rispetto a giovani e adulti. Inoltre, gli anziani sembrano meno coinvolti di quanto ci si potrebbe aspettare dalle diverse pratiche sanitarie legate appunto alle problematiche della vista.

A questo proposito, si consideri che alla richiesta di cosa significhi star bene la maggioranza degli anziani indica *sentirsi bene anche con un minimo di disturbi*, mentre per adulti e giovani è *sentirsi in forma, efficienti e in grado di svolgere le normali attività* o, anche una *situazione di stabilità e di equilibrio psicofisico*.

La ragione, quindi, è presumibilmente culturale piuttosto che l'esito dello stato reale della salute della vista poiché si può dire che dipende dai criteri di valutazione dello stato di buona salute e quindi dalle condizioni che spingono soggettivamente le persone poi a chiedere, ad esempio, di fare una visita oculistica o, anche, un qualche esame specialistico.

8.1.2. Cambio di paradigma

Come rilevato, la concezione della salute in generale, e quella della vista in specifico, non dipende solo dalla fisiologia dello stato di salute di ciascuna generazione, ma anche e forse soprattutto dall'approccio culturale.

L'attuale generazione di anziani è meno coinvolta nella tutela della salute della vista perché nel corso della propria vita ha maturato una cultura sociale e sanitaria che ha sempre considerato l'oculistica una specialità minore, e le problematiche dell'occhio tutto sommato poco rilevanti finché non diventano un insormontabile ostacolo nella quotidianità.

Le attuali generazioni di giovani e adulti, invece, hanno maturato una cultura della tutela della vista molto più coinvolta e attiva, con diagnosi precoci di miopia e degli altri difetti della vista, più coinvolgimento nella prevenzione e anche più alta domanda di prestazioni oculistiche. Ed è altamente probabile che questo nuovo paradigma sulla salute della vista li seguirà anche nella terza età.

Ecco perché, se anche gli anziani oggi non sono particolarmente coinvolti nella tutela e cura della salute della vista, gli anziani dei prossimi decenni presumibilmente lo saranno con anche una domanda di prestazioni oculistiche di ben altra dimensione.

Pertanto, l'attuale gap tra domanda e offerta oculistica con relativo razionamento da parte del Servizio sanitario e tras migrazione nella sanità a pagamento è destinato ad aggravarsi. Ma per rendere evidente la portata della sfida è essenziale delineare gli scenari demografici che emergono dalla bronzea realtà dei dati.

8.1.3. I poderosi numeri dell'invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione italiana è un processo di lunga deriva, di cui potente indicatore di sintesi è l'indice di vecchiaia, inteso come il numero di anziani per 100 giovani. L'indice nel 2004 era pari a 135,6%, nel 2014 a 154,6 e nel 2024 a 199,8: in pratica le persone con almeno 65 anni sono quasi il doppio di quelle con età tra 0 e 14 anni.

Proiezioni Istat mostrano poi che per il 2050 il rapporto tra 65enni e più e giovani tra 0 e 14 anni salirà fino a 308,7.

Al 1° gennaio 2024 su circa 59 milioni di italiani il 24,3% erano anziani con almeno 65 anni di età: cioè oltre 14 milioni di persone.

Il confronto con il passato evidenzia la potenza del processo poiché nel 1951 gli anziani erano poco più 4 milioni, vale a dire l'8,9% del totale popolazione, nel 2001 erano 10,6 milioni pari al 18,7% della popolazione, nel 2050 aumenteranno ulteriormente di oltre 4 milioni di persone, cioè del +31,6%.

Al contempo, diminuiranno del 25,2% i 45-64 anni, del 5,8% i 35-44enni, del 21,6% i 15-34enni e del 14,8% quelli con età fino a 14 anni di età. Inoltre, il totale della popolazione italiana sarà di ben 4,2 milioni (-7,1%) inferiore a quella fissata con dato 2024.

Inoltre, poiché la speranza di vita, dopo l'aumento di 8,6 anni tra il 1983 e il 2023, al 2050 aumenterà si avrà un ampliamento all'estremo delle persone con età compresa tra 80 e 90 anni. Il peso relativo delle classi di età più alte è destinato ad aumentare in modo considerevole, pertanto si avranno tante persone con problematiche alla vista e anche uditive, dotate di una cultura più attenta e più attiva nella tutela della salute della vista.

8.1.4. Effetti probabili sull'oculistica e quel che sarebbe urgente fare

I dati demografici intrecciati con l'evoluzione socioculturale della concezione della salute in generale e della vista in particolare delle varie generazioni annunciano un decollo ulteriore della domanda di prestazioni oculistiche.

È evidente che di fronte ad una simile slavina demografica, epidemiologica e di evoluzione della domanda sanitaria il Servizio sanitario molto difficilmente riuscirà ad essere più inclusivo, di quanto lo sia attualmente, di prestazioni e persone. Solo con un colossale upgrading di finanziamento pubblico, che allo stato attuale appare ben poco verosimile, sarà possibile invertire il trend di fuoriuscita dell'oculistica dal Servizio sanitario.

Pertanto, senza un cambio di passo sostanziale ad alto impatto sulla generazione di domanda di oculistica, le tante criticità indicate nella presente ricerca sono destinate ad aggravarsi.

L'oculistica privata sarà ancor più dominante, così come sarà ancor più incisivo il razionamento imposto dal Servizio sanitario da cui, appunto, discende la trasmigrazione nella sanità a pagamento.

E saranno ancor più intensi i processi regressivi indotti dal trasferimento sulla spesa privata delle famiglie del costo delle prestazioni oculistiche, favorendo sempre più la divaricazione della tutela della salute come portato delle diverse condizioni economiche.

Per ammortizzare gli effetti sanitari e sociali che emergono dagli scenari descritti è indispensabile, qui e ora, valorizzare e promuovere un upgrading ulteriore della cultura della salute della vista di giovani e adulti, dando un *boost* ulteriore alla prevenzione.

Se e solo se il coinvolgimento, meglio se precoce, di giovani e adulti in pratiche di prevenzione oculistica promuoverà la gestione dei difetti della vista e, soprattutto, la prevenzione di una loro possibile involuzione in situazioni più gravi o, addirittura, in patologie, si riuscirà a contenere la spirale di incremento della domanda sanitaria legata a difetti e patologie della vista.

La generalizzazione dei comportamenti di prevenzione primaria nel quotidiano, infatti, potrebbe avere un effetto positivo decisivo nel contenere l'insorgenza di disturbi uditivi. In questo ambito è essenziale un impegno collettivo, ben oltre il perimetro degli attori del sistema sanitario, con la mobilitazione di soggetti come le scuole e anche gli organismi del Terzo settore, che tramite la propria iniziativa sono in grado di disseminare una nuova cultura della tutela della vista.

È poi indispensabile un cambio di paradigma e di passo tempestivo nel rapporto tra oculistica e Servizio sanitario, oltrepassando l'approccio che tende a sottovalutare l'oculistica tra le specialità mediche rendendola non prioritaria nell'allocazione dei finanziamenti.

Tanta gestione e tanta prevenzione per la salute della vista oggi conterranno i già evidenti costi sanitari e sociali di domani. Quel che occorre assolutamente evitare è un approccio da sonnambuli, vale a dire di una comunità di persone che sono già a conoscenza di quel che accadrà ma scelgono di non scegliere, di restare *ciechi di fronte ai neri presagi*.



onesight.essilorluxottica.it



ONESIGHT
EssilorLuxottica Foundation