

- **Definire gli indicatori di monitoraggio e valutazione**

Una volta raccolte le informazioni sulle cause, la prevalenza, la distribuzione geografica e l'incidenza delle patologie oftalmiche, elementi fondamentali per fornire dati concreti che possano servire per una progettazione efficiente dell'intervento, formulare gli indicatori qualitativi e quantitativi per monitorare il raggiungimento dei risultati e verificare che siano in linea con quelli stabiliti dall'OMS nel paese di intervento. (*"Action Plan for the Prevention of avoidable blindness and visual impairment 2009 – 2013"* WHO, p.16-17).

2 Stesura del contratto (donazione/progetto/programma)

- **Predisporre una scrittura privata fra le parti (cooperation agreement, memorandum of understanding, ecc.).**

Far predisporre da un legale sul posto, discutere e firmare prima di iniziare con il partner locale un accordo o scrittura privata dove siano chiaramente precisati almeno i seguenti punti:

- a nome del progetto/programma..
- b nome, indirizzo postale e mail, telefono del partner e del donatore.
- c nome del responsabile legale, e di chi riceve la proprietà dei beni
- d tempi di realizzazione e piano pluriennale di sviluppo del progetto
- e doveri del partner e del donatore: struttura organizzativa, competenze della direzione
- f risultati attesi
- g modalità di monitoraggio e valutazione del progetto/programma
- h clausole risolutive del contratto
- i sede presso la quale ricorrere in caso di contenzioso tra le parti

- **Verificare con il partner la validità di nuovi accordi prima di proporli.**

In mancanza di un reddito adeguato, il personale più qualificato, una volta formato, tende a migrare verso strutture private e/o centri urbani più grandi. Qualora sia pratica accettabile nell'ambito governativo (non ci siano leggi contrarie), necessario per il buon fine del progetto e sostenibile nel medio termine, si può proporre al partner l'opportunità di offrire ad oculisti od infermieri oftalmici una **integrazione al salario** (sia come bene in natura, uno strumento donato a fine progetto, la partecipazione ad un convegno regionale, degli incentivi salariali). In alternativa, si possono offrire **incentivi economici "una tantum"** (es. per le missioni sul campo) per non innalzare lo stipendio base ed i costi previdenziali conseguenti. Ricordarsi che ogni aumento di stipendio aumenta per il partner il costo del TFR (trattamento fine rapporto).

3 Formazione del personale

- **Curare la formazione del personale locale**

Il personale locale può essere formato ed incentivato con corsi di qualificazione riconosciuti dallo Stato (possono essere contrattati come top-up del salario).

- **Non invitare in Europa il personale locale.**

Le patologie ed i metodi di lavoro sono troppo diversi nei Paesi poveri, il confronto con la qualità di vita favorisce l'allontanamento del personale dal Paese (*"brain drainage"*).

- **Fornire, se non c'è, un accesso satellitare ad Internet**

Un contatto telematico è essenziale: attraverso la rete si possono chiedere informazioni sul progetto, inviare materiale didattico e discutere casi clinici (telemedicina).

- **Istruire gli infermieri ed i tecnici sull'uso e manutenzione**

Il personale deve essere sempre istruito sulle modalità d'uso degli strumenti, nonché sulla loro manutenzione ordinaria, sulla necessità, modalità e tempistica della calibrazione periodica (esempio: da una indagine recente il 47% degli strumenti non funzionavano perché per spegnerli veniva tirato il cordone dell'alimentazione e questo si rompeva)

4 Beni e strumentazione

- **Donare solo strumenti utili.**

Gli strumenti devono essere revisionati se usati, dotati di manuale d'uso nella lingua internazionale (inglese, francese, spagnolo, portoghese) in uso nel Paese. Non donare strumenti di alta tecnologia o che necessitano di kit consumabili monouso non risterilizzabili (es.: facoemulsificatori): costi di gestione proibitivi per i PVS.

- **Donare una dotazione di ricambi** (*esempio: 4-5 lampadine, fusibili, carta termica*).

- **Verificare che gli strumenti siano compatibili con il sistema elettrico in uso.**

Fondamentale verificare che gli strumenti abbiano i raccordi per le spine in uso nel Paese

- **Fornire stabilizzatori di corrente** (*soprattutto per i computer e prolungamenti con spine compatibili*).

- **Donare una cassetta di attrezzi completa** (*con anche trapano con punte da muro, chiavi a brugola esagonali, cacciaviti e mini-cacciaviti*).

- **Conoscere la data di fabbricazione degli strumenti e informarsi sulla disponibilità temporale dei pezzi di ricambio** (*es. la lampada di un laser non è più disponibile dopo un certo numero di anni*).

- **Evitare di usare coperture di plastica per coprire gli strumenti** (far cucire sul posto subito una copertura di cotone per ogni strumento, per evitare la condensa)

- **Preparare dei cartelli con gli interventi di manutenzione ordinaria**

Fare dei cartelli in lingua locale da affiggere nel locale dove gli strumenti sono posti, onde indicare al personale addetto cosa va fatto ogni giorno o routinariamente, ogni tot giorni, per mantenere l'efficienza degli stessi.

5 Spedizione dei beni

- **Preparare una lista (Packing List)**

Descrivere i beni donati (marca, modello, N° matricola, anno di costruzione). Attribuire un numero progressivo ad ogni cassa, e mettere se possibile un solo strumento per cassa.

- **Spedire la Packing List in anticipo.**

Tale lista va spedita in anticipo al partner locale e deve essere verificata alle Autorità doganali (es.: l'Argentina non accetta strumenti usati più vecchi di 10 anni, l'Etiopia blocca in dogana farmaci e strumenti senza bugiardino e/o manuale d'uso in inglese).

- **Imballaggi per il trasporto.**

- Devono essere usati imballi a doppia cassa (esterna-distanziatori-interna) a prova di caduta. La scritta "fragile" non risparmierà trattamenti rudi. La cassa interna va impermeabilizzata (sacco di plastica chiuso, se possibile con dentro sali assorbitori di umidità, o busta di alluminio elettrosaldata).

- Per risparmiare sulla spedizione e ridurre il rischio di furto, mettere scatole piccole in un'unica cassa più grande. Non eccedere comunque nel peso e nelle dimensioni della cassa (max 50x60x50) per problemi di trasporto in jeep/aereo locale .
- Apporre su ogni cassa fogli A4 *plastificati o coperti con scotch trasparente* ben leggibili che devono indicare 1) numero progressivo della cassa (NB: il contenuto deve coincidere con quello descritto nella Packing list, niente di più e niente di meno per evitare problemi in Dogana); 2) nome, indirizzo e telefono del destinatario; 3) nome, indirizzo e telefono del mittente.
- **Assistere e sovrintendere all'apertura delle casse**
Assumere la direzione dell'operazione e far allontanare dal luogo di apertura i non addetti ai lavori: nell'eccitazione e confusione del momento vengono spesso rubati piccoli oggetti intascabili, parti preziose di strumenti o ricambi commerciabili (es.: lampadine).
- **Decidere con il partner la posa in opera degli strumenti e consigliarne la disposizione al riparo dal sole diretto e dall'umidità.**
- **Creare un registro cartaceo** con ogni pagina dedicata alla descrizione di un singolo strumento donato (modello, numero di matricola, breve descrizione), la data di consegna e la controfirma di ricezione del partner. Solo questo modo si ha una traccia per verificare nel tempo la conservazione dei beni donati, interventi di manutenzione e loro rottamazione.

6 Codice Etico e di Buona Gestione

Rispettare sempre il codice etico e la Good Practice:

- **Garantire la qualità degli interventi.** Non accontentarsi del numero, ma controllare il risultato degli interventi attraverso strumenti di auto valutazione del chirurgo su parametri obiettivi (es: nella cataratta far valutare pre e post-intervento acuità visiva naturale/corretta, astigmatismo indotto, refrazione finale).
- **No screening without service.**
Non si deve contattare una comunità, identificare problemi e selezionare i casi che interessano, senza contestualmente poter soddisfare i bisogni evidenziati (esempio prevedere la distribuzione di occhiali se si misurano i difetti refrattivi, l'intervento chirurgico se si selezionano pazienti con cataratta, etc.).
Nessun servizio va offerto a costo zero, perché può essere considerato come non avente alcun valore. Non cadere nella tentazione di fare assistenza gratis e stabilire un prezzo minimo equo, o prevedere alternativamente una donazione in natura (*per esempio: un pollo, un uovo..*). Nei casi di indigenza delegare all' autorità locale (es.: al direttore dell'ospedale) il compito di certificare lo stato di indigenza, non basarsi sull'autodichiarazione.
- **Local empowerment:** Quando si opera insieme al collega che resterà sul posto, lasciare sempre al collega locale il compito di informare i pazienti sull'esito e sul decorso post-operatorio, per non alimentare credenze sulla maggiore qualità degli interventi effettuati dai medici stranieri e la minore competenza dei medici locali. Anche nel comportamento in pubblico, evitare atteggiamenti paternalistici, interpretabili come una sottomissione del collega locale allo specialista venuto dall'estero, questo infatti potrebbe nuocere alla sua reputazione.

- **Automantenimento economico**

1 Creare da subito un registro a doppia partita con pagine numerate dove annotare quotidianamente a penna data, entrate / uscite, bilancio di fine giornata. Predisporre un registro per ogni settore (Visite ambulatoriali, chirurgia, laboratorio ottico). I dati delle prestazioni fornite deve essere dettagliato, non accorpato per categorie maggiori, poiché tali grandi categorie impediscono una verifica a posteriori.

2 Chiedere al partner di fare periodici controlli crociati degli incassi rispetto al numero di visite/interventi/ricevute. Il personale preposto all'amministrazione ed infermieristico è in Paesi poveri esposto ad un alto rischio di corruzione.

- **Identificare ogni discriminazione** Verificare che ci sia tra gli utenti una corretta proporzione tra i sessi (M/F), l'età, e la religione professata, per identificare ed eventualmente rimuovere ogni discriminazione. Consentire l'accesso alle cure a tutti è infatti il requisito indispensabile per far riconoscere la salute come diritto umano fondamentale.

7 Monitoraggio e valutazione

Il monitoraggio è un'attività continua durante la vita del progetto, ha finalità informativa ed è finalizzato a verificare lo stato di realizzazione dell'intervento, definendo quali attività siano state svolte e come il loro avanzamento rispecchi i risultati attesi definiti nel piano globale di sviluppo del progetto.

La valutazione è uno strumento volto a migliorare la programmazione indicativa e la progettazione dell'intervento e mira ad informare il comitato di gestione del progetto ed indirizzare le decisioni del donatore, fornendo un giudizio complessivo sul valore dell'intervento stesso in riferimento ad alcuni criteri standard, quali rilevanza, efficienza, efficacia, impatto e sostenibilità.

- **Predisporre un piano di monitoraggio e valutazione dei risultati da raggiungere**

Per ogni progetto sarà importante definire preliminarmente un piano di monitoraggio, insieme al partner locale e a tutti gli attori coinvolti, che si basi sulla misurazione degli indicatori formulati durante la progettazione. In particolare, produrre specifici rapporti narrativi e finanziari, per esempio rapporti trimestrali di monitoraggio, un rapporto di valutazione annuale (che includerà anche l'ultimo trimestre) e uno sulla Missione di verifica.

Un corretto monitoraggio aiuta ad evidenziare le difficoltà che si presentano nell'erogazione del servizio e permette di correggere prontamente l'intervento al fine di perseguire maggiore efficienza nel raggiungimento dei risultati, con una ricaduta positiva sull'impatto finale del progetto.

Modifiche in corso di intervento possono avvenire solo se il progetto è costantemente monitorato in tutte le sue fasi ed è sottoposto a periodiche valutazioni.

(*"Action Plan for the Prevention of avoidable blindness and visual impairment 2009 – 2013" WHO, p.16*).

- **Fare una valutazione di impatto dell'intervento**

Rivedere i risultati prodotti al fine di determinare l'impatto dell'azione per prevenire la cecità e la disabilità visiva, con l'intenzione di dimostrare un miglioramento dello stato di salute della popolazione bersaglio dell'intervento (es. la riduzione complessiva dell'incidenza della cecità evitabile nel paese di intervento, il miglioramento delle condizioni di vita degli ipovedenti, l'accesso all'educazione dei non vedenti). È importante, infatti, considerare il progresso rispetto agli indicatori dell'OMS sia a livello di paese e sia a

livello globale. Una buona misurazione dell'impatto non può avvenire che a distanza di anni dalla fine del progetto stesso, in quanto l'impatto misura gli effetti causati dal progetto, nel luogo del suo sviluppo, anche non espressamente inclusi nelle attività (es. aumento del benessere delle popolazioni, cambiamenti culturali, modifiche dello stile di vita) ("Action Plan for the Prevention of avoidable blindness and visual impairment 2009 – 2013" WHO, p.16).

- **Fare una valutazione della sostenibilità**

Verificare che i benefici prodotti grazie alle attività realizzate continuino nel tempo a prodursi, anche dopo la conclusione dell'intervento.

La sostenibilità può assumere varie dimensioni in base alla tipologia di intervento: finanziaria, economica, istituzionale, socioculturale, ambientale e tecnologica.

Sarà importante verificare la sostenibilità tecnologica nel caso di una donazione di una strumentazione, ossia controllare che tutti gli accorgimenti pianificati siano stati rispettati, come la fornitura prevista di pezzi di ricambio, utile proprio per assicurare nel tempo l'utilizzo di quella strumentazione. La sostenibilità finanziaria, nel caso ad esempio sia stato avviato un nuovo servizio oftalmico di cura e prevenzione, sarà valutata controllando la proiezione dei costi e dei ricavi, per assicurare nel tempo il mantenimento del servizio per la popolazione.

8 Tipologie di progetti

In ambito "Public Eye Care" i progetti che possono essere considerati validi per una cooperazione internazionale per la prevenzione dell'ipovisione e della cecità sono:

- **Prevenzione Primaria:** in questa tipologia di progetto si iscrivono le attività che mirano all'eliminazione delle patologie infettive con la promozione dell'igiene e la terapia farmacologica preventiva (oncocercosi, xeroftalmia, tracoma, congiuntivite epidemica, micosi periorculari, parassitosi da contatto, etc.), le attività di promozione della salute attraverso l'educazione della popolazione e lo stimolo all'autodeterminazione in tema di salute (alimentazione bilanciata, esposizione solare, traumi, presentazione agli screening offerti, partecipazione alle campagne sanitarie oculari e coinvolgimento dei familiari nelle stesse), educazione mirata all'abbattimento delle barriere nell'accesso alla salute (conoscenza dei servizi, rimozione delle credenze, abbattimento della stigmatizzazione dei malati).
- **Prevenzione Secondaria:** le attività di questa tipologia sono quelle che mirano a curare le patologie in corso o pregresse (cataratta, vizi di refrazione, glaucoma, retinopatia diabetica, infezioni corneali, tumori oculari, etc.). Fino a dieci anni fa erano svolte campagne di cura verticali (campagne di operazione di cataratte, screening scolastici per i difetti di refrazione infantili, screening delle patologie retiniche nei diabetici), che miravano a raccogliere solo i pazienti affetti da una di tali patologie. Dopo un lavoro di revisione della correttezza etica di tale approccio, si è passati nell'anno 2000 alla salute oculare integrale (comprehensive eye care) che prevede la soluzione, nel modo e tempi possibili, di qualsiasi problema il paziente abbia: si è passati dalla salute centrata sul sistema (health system centered care) alla salute centrata sul paziente (patient centered care).

La sola via per porre in opera tale approccio di cooperazione internazionale, in ambito oftalmologico, è lo sviluppo di un sistema sanitario in loco, che assicuri ogni giorno la presenza di chi può risolvere i problemi, direttamente (oftalmologi, optometristi, refrazionisti) o tramite diagnosi e inoltre al luogo di cura (assistenti sanitarie, infermieri, paramedici). Tale approccio include anche la creazione delle infrastrutture, trattate di seguito nel capitolo.

- **Prevenzione Terziaria:** progetti di questa categoria si occupano di prevedere l'assistenza ai malati nei quali le patologie, non intercettate o curate in tempo, hanno prodotto danni funzionali. La

riabilitazione degli ipovedenti, la riabilitazione dei ciechi, i relativi programmi di reinserimento lavorativo e sociale, i trapianti di cornea (con le banche degli occhi) sono alcuni dei più frequenti e meritevoli programmi in opera in questo decennio.

- **Infrastrutture:** nei progetti di cooperazione internazionale in campo oftalmologico la messa in opera di servizi stabili e duraturi necessita di infrastrutture adeguate alla situazione ed ai luoghi. Ne sono esempio: la costruzione di ospedali oftalmici, di servizi di oftalmologia in ospedali esistenti, la creazione di centri di assistenza e cura delle patologie oftalmologiche pediatriche presso i reparti di neonatologia, l'allestimento di dispensari rurali equipaggiati per una prima diagnosi, la fornitura di strumenti mancanti o di consumo (suture, guanti, IOL, traccianti, etc). Importanti anche i progetti per la produzione di occhiali in loco contro le vecchie forniture di occhiali pre-confezionati, che hanno mostrato il loro scarsissimo valore nel tempo in studi multicentrici. Fondamentali poi le strutture adibite alla formazione di operatori del settore, affinché si possa avere un sistema sanitario locale autosufficiente.
- **Formazione:** qualità e salute oculare integrale richiedono, come sopra accennato, anche la corretta formazione del personale, sia professionale che di supporto, al quale si richiede spesso di effettuare prestazioni diversificate. Gli interventi di formazione sono oggi regolarmente inclusi in ogni buon progetto di cooperazione sanitaria, e spesso ne sono l'unica componente, essenziale a far durare nel tempo l'investimento nel progetto.

In un progetto di prevenzione oftalmologica, che cerchi di garantire nel tempo l'attività di cooperazione, si trovano abitualmente varie tipologie di azioni (fra quelle sopra riportate) che in modo sinergico garantiscono l'eticità del progetto, la sua validità nel tempo ed infine l'assicurazione di un domani senza cecità anche nei Paesi in via di sviluppo.