

**ATTI PARLAMENTARI**

**XVII LEGISLATURA**

---

# **CAMERA DEI DEPUTATI**

---

Doc. **CXXXIII**

n. **1**

## **RELAZIONE**

### **SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE POLITICHE CONCERNENTI LA PREVENZIONE DELLA CECITÀ E L'EDUCAZIONE E LA RIABILITAZIONE VISIVA**

**(Anno 2012)**

*(Articolo 2, comma 7, della legge 28 agosto 1997, n. 284)*

*Presentata dal Ministro della salute*

**(LORENZIN)**

---

*Trasmessa alla Presidenza il 4 ottobre 2013*

---



*Al Ministro della Salute*

Ministero della Salute

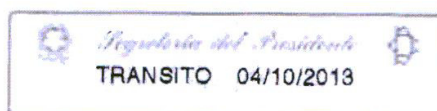
LEG

0005258-P-04/10/2013

C. l. b./2011/191



*On.le Presidente,*

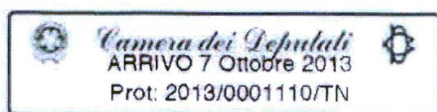


in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 2, comma 7, della legge n.284 del 1997, Le trasmetto la Relazione annuale concernente lo stato d'attuazione delle politiche inerenti la prevenzione della cecità, educazione e riabilitazione visiva relativa all'anno 2012, che ho contestualmente inviato all'On.le Presidente del Senato.

Molte vive cordialità

Beatrice Lorenzin

*Beatrice Lorenzin*



-----  
On.le Laura Boldrini  
Presidente della Camera dei Deputati  
ROMA

**INDICE**

—

Premessa .....	Pag.	5
PARTE PRIMA:		
Attività del Ministero della salute .....	»	6
Commissione nazionale Prevenzione cecità .....	»	7
Riepilogo esercizio finanziario 2012 .....	»	11
Schema di Riparto alle Regioni .....	»	13
Dati INPS .....	»	14
Attività scelte da IAPB Italia Onlus .....	»	16
Attività Polo Nazionale <i>ex lege</i> n. 291/03 .....	»	28
PARTE SECONDA:		
Attività dei Centri di Riabilitazione visiva anno 2012 .....	»	38
Normativa .....	»	81
ALLEGATI:		
Action Plan OMS 2009-2013 .....	»	93
Linee di indirizzo per la conduzione di progetti di prevenzione della cecità e della ipovisione in ambito di cooperazione internazionale .....	»	125

PAGINA BIANCA

## PREMESSA

L'aumento del numero di soggetti ipovedenti ha determinato, in questi ultimi anni, un rinnovato interesse scientifico ed istituzionale nei riguardi delle problematiche dell'ipovisione.

Le cause di questo aumento sono molteplici. Al primo posto, almeno per quanto riguarda il nostro Paese, c'è il progressivo aumento della speranza di vita, che ha portato alla crescita esponenziale di malattie oculari legate all'invecchiamento, quali la degenerazione maculare legata all'età, il glaucoma, la cataratta, patologie vascolari retiniche. Hanno influito anche i grandi progressi scientifici e tecnologici dell'oftalmologia, registrati negli ultimi decenni, che hanno portato ad una riduzione dei pazienti destinati alla cecità, ma che, contemporaneamente, hanno incrementato quello dei soggetti con residuo visivo parziale, insufficiente a garantire il mantenimento di una completa autonomia. La migliorata assistenza neonatologica e l'incremento della vita media hanno aumentato la prevalenza di patologie legate alla prematurità e di patologie degenerative maculari, inducendo il servizio sanitario ad allestire progetti di intervento di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo.

Con l'introduzione della L. 284/97, lo Stato Italiano ha riconosciuto l'utilità della prevenzione in campo oftalmologico sostenendo economicamente tutte le Regioni, per garantire lo sviluppo della prevenzione della cecità e della riabilitazione visiva (Legge 284/97, Decreto 18/12/97, Accordo 20 maggio 2004).

Sul territorio nazionale è presente una organizzazione differenziata tra le diverse Regioni e talora anche all'interno delle singole Regioni ed una marcata variabilità nell'offerta quali - quantitativa di servizi e strutture per la riabilitazione visiva.

Nella presente Relazione annuale al Parlamento sono illustrate le attività svolte, ai sensi della Legge 284/97, per la riabilitazione visiva e la prevenzione dell'ipovisione e della cecità nell'anno 2012.

Nella **prima parte della Relazione** sono descritte le attività svolte dalla Direzione Generale della Prevenzione, con i dettagli finanziari per l'esercizio 2012 e la Tabella delle quote spettanti (stanziamento 2013 per le Regioni), in base ai criteri di ripartizione concordati.

Sempre nella prima parte vengono anche descritte le attività svolte dalla sezione italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità onlus (IAPB Italia onlus) e dal Polo Nazionale di servizi e ricerca per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva degli ipovedenti.

Nella **seconda parte della Relazione** sono invece riportate le attività svolte dei Centri di Educazione e Riabilitazione Visiva (CRV), individuati, ai sensi della L. 284/97, dalle Regioni e Province Autonome, con evidenza delle differenze rilevate sull'intero territorio nazionale.

Infine sono riportati i riferimenti normativi, in materia di prevenzione cecità e riabilitazione visiva.

**A) PARTE PRIMA:****A.1 Attività del Ministero della salute**

In linea con quanto richiesto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) agli Stati membri, così come riportato nell'**Action Plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment (2009 – 2013)**, (Allegato n 1), considerato un documento programmatico per le politiche di sanità pubblica nella materia della cecità e dell'ipovisione, questo Ministero, per quanto riguarda il 2012, ha svolto, nell'ambito della prevenzione oftalmologica e della riabilitazione visiva, attività nei seguenti ambiti:

- Tavolo Tecnico Riabilitazione visiva;
- Piano Nazionale di Prevenzione (PNP 2010 – 2012);
- Commissione nazionale prevenzione cecità;
- Portale Area tematica "Prevenzione ipovisione e cecità";
- Collaborazione con l'OMS;
- Monitoraggio attività IAPB/Polo/ Regioni ai sensi della L.284/97;
- Analisi dei dati INPS sulle pensioni di Invalidità per cecità.

**Tavolo tecnico Riabilitazione visiva**

**Il Gruppo di lavoro sullo stato di attuazione dell'Accordo – Stato – Regioni del 20 maggio 2004** (Attività dei Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva) istituito nel 2007 presso la Direzione Generale della prevenzione (ufficio VII) di questo Ministero, ha svolto negli anni un attento monitoraggio delle problematiche legate all'applicazione, a livello regionale, della normativa in merito alla riabilitazione visiva ed ha elaborato delle **Linee di indirizzo per la riabilitazione visiva in Italia**, attualmente in corso di valutazione.

**Piano Nazionale di Prevenzione (2010 – 2012)**

Nel corso del 2012 sono stati valutati, per il monitoraggio del Piano, 8 progetti che le Regioni Liguria, Marche, Umbria, Molise, Sicilia e Calabria (con tre progetti) hanno condotto in linea con quanto stabilito nell'intesa del 29 aprile 2010 in Conferenza Stato Regioni (relativamente all' Area 3.9, vedi Tabella PNP).

Tabella PNP Area Prevenzione Ipovisione e Cecità

Regioni	Progetti di prevenzione regionali nell'ambito del PNP 2010 – 2012
Liguria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allunga la vista: progetto di prevenzione delle malattie degenerative oculari che generano rischio di cecità ed ipovisione</li> </ul>
Marche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non perdiamoci di vista: prevenzione dell'ipovisione in età pediatrica</li> </ul>
Molise	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenzione dell'ipovisione e della cecità nei soggetti nati pretermine</li> </ul>
Umbria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenzione degli esiti e delle complicanze dell'ipovisione congenita</li> </ul>
Calabria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Screening della Degenerazione Maculare legate all'età ed efficacia terapeutica.</li> <li>Screening della Retinopatia diabetica ai fini della riabilitazione visiva</li> <li>Screening dell'ambliopia e dei vizi di refrazione in età evolutiva</li> </ul>
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Screening della patologia visiva in età scolare</li> </ul>

Tutti i progetti in questione sono stati valutati in modo positivo tranne il Progetto "Allunga la Vista: progetto di prevenzione delle malattie degenerative oculari che generano rischio di cecità e ipovisione."- V edizione, della Regione Liguria, che, per mancanza di fondi, è stato abbandonato.

Si segnala in particolare un progetto condotto dalla Regione Calabria relativo allo *Screening sulla degenerazione maculare legata all'età nei soggetti di età media 60 aa afferenti al Policlinico Universitario di Catanzaro* mediante esame morfologico e funzionale dell'area maculare con apparecchio OCT/SLO. I soggetti con lesioni predisponenti per degenerazione maculare sono stati inviati a trattamento con sostanze antiossidanti e sottoposti a controllo dell'efficacia terapeutica trimestrale mediante valutazione dell'acuità visiva (ETDRS-logMar), della morfologia e della funzione retinica mediante OCT/SLO.

#### Commissione nazionale Prevenzione cecità

Nell'ottobre 2009, su mandato OMS, l'Italia è stato il primo paese della regione Europa a costituire, nell'ambito delle istituzioni pubbliche, una **Commissione nazionale per la prevenzione della cecità e dell'ipovisione**, per il progetto "Vision 2020". La Commissione è stata istituita presso la Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, Ufficio VII; di questo Ministero ed ha i seguenti obiettivi:

- raccolta e pubblicazione dei dati sulle menomazioni della vista e sulle cause, con particolare attenzione verso le patologie curabili e/o prevenibili, attraverso indagini epidemiologiche specifiche ed i dati degli istituti di prevenzione e cura;
- sviluppo di linee di indirizzo per la prevenzione delle menomazioni della vista;
- monitoraggio delle attività dei vari enti e soggetti attivi nella prevenzione delle menomazioni della vista in territorio nazionale, per ottimizzare le risorse impegnate e l'efficacia dei risultati;
- monitoraggio delle iniziative di cooperazione internazionale svolte dagli enti e dalle associazioni italiani per la prevenzione delle menomazioni della vista nei Paesi in via di sviluppo e nelle aree povere, in armonia con le linee guida OMS.

Nel Corso del 2012 sono state strutturate le **Linee di indirizzo per la conduzione di progetti di prevenzione della cecità e dell'ipovisione in campo internazionale** (Allegato n. 2).

Nel settembre 2010 il Ministero della Salute (in ambito Commissione nazionale prevenzione ipovisione e cecità) ha commissionato un censimento dei progetti italiani di cooperazione internazionale in tema di salute oculare all'ONG CBM Italia Onlus . Tale censimento ha permesso di individuare 30 enti, su 280 considerati, che nel biennio 2009-2010 hanno sviluppato 135 progetti di cooperazione sanitaria internazionale per la salute visiva. I progetti hanno presentato diverse tipologie di attività, come la costruzione e l'avvio di ospedali oftalmici e centri di diagnosi oculistica, l'avvio di scuole e case famiglie o la semplice fornitura di materiale scolastico in braille alle scuole. Le **Linee di Indirizzo per la conduzione di progetti di prevenzione della cecità e dell'ipovisione in campo internazionale** sono pertanto rivolte anche a questi enti che hanno già sperimentato progetti di cooperazione internazionale nel campo della prevenzione dell'ipovisione e della cecità. Le Linee di Indirizzo in questione sono intese come una prima guida, di inquadramento generale, per coloro che si vogliono affacciare alla cooperazione sanitaria internazionale, con l'intenzione di riflettere le esperienze pratiche per una buona riuscita dei progetti e per assicurare che la preparazione degli stessi sia inquadrata in un piano più ampio di sviluppo del sistema sanitario locale.

Per seguire i lavori della Commissione è stato creato un apposito **link sul portale del Ministero della salute** [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=prevenzionelpovisione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=prevenzionelpovisione) nell'area tematica "Prevenzione ipovisione e cecità".

### **Portale Area tematica “Prevenzione ipovisione e cecità”**

Per tutto il 2012 sono stati effettuati dei continui aggiornamenti del portale istituzionale ([http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=prevenzionelipovisione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=prevenzionelipovisione)).

Nell'area dedicata è stata pubblicizzata l'iniziativa relativa alla Giornata Mondiale della vista, celebrata, ogni anno, il secondo giovedì di ottobre dall'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - IAPB Italia Onlus insieme all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Come ogni anno la Giornata Mondiale della vista è la giusta occasione per pianificare interventi di prevenzione. Vengono effettuati infatti controlli gratuiti, con visite oftalmologiche, in varie piazze di Italia, e per questo, tramite il portale istituzionale, se ne è data debita informativa.

### **Collaborazione con l'OMS**

Per tutto il 2012 la Direzione Generale della Prevenzione ha continuato a collaborare con l'OMS, sia per quanto riguarda il progetto Vision 2020, sia per la stesura delle Linee di Cooperazione internazionale.

Gli obiettivi dell'Action Plan OMS 2009 – 2013 sono:

- 1) Strengthen advocacy to increase Member States' political, financial and technical commitment in order to eliminate avoidable blindness and visual impairment;
- 2) Develop and strengthen national policies, plans and programmes for eye health and prevention of blindness and visual impairment;
- 3) Increase and expand research for the prevention of blindness and visual impairment;
- 4) Improve coordination between partnerships and stakeholders at national and international levels for the prevention of blindness and visual impairment;
- 5) Monitor progress in elimination of avoidable blindness at national, regional and global levels.

Questo Ministero con i lavori della Commissione, come riportato prima, con le attività del Tavolo tecnico della riabilitazione visiva e con la partecipazione alle politiche di sanità pubblica svolte nell'ambito del Piano nazionale di prevenzione ha potuto ottemperare, anche per il 2012, a quanto richiesto dall'OMS pianificando progetti di prevenzione sull'intero territorio nazionale e monitorando i progressi svolti a livello regionale.

Nello specifico questo Ministero ha finanziato sia le Regioni, per le attività previste dalla Legge 284/97, sia IAPB Italia Onlus ed il Polo nazionale per progetti di prevenzione e ricerca.

Sono stati condotti, a livello regionale, e come riportato nella Tabella PNP Area Prevenzione Ipovisione e Cecità numerosi programmi di screening neonatale, campagne di prevenzione per la degenerazione maculare senile, per il glaucoma, per la retinopatia diabetica e progetti di ricerca, sia nel campo della genetica sia nel campo della riabilitazione visiva.

Il monitoraggio, come richiesto dall'OMS nell' Action Plan, delle attività di prevenzione svolte dalle regioni è stato riportato nel paragrafo dedicato, sotto riportato.

**Monitoraggio attività IAPB/Polo/ Regioni ai sensi della L.284/97  
e relativa parte finanziaria di competenza**

Ai sensi della normativa vigente in materia di prevenzione dell'ipovisione e cecità, come ogni anno, anche per tutto il 2012 il Ministero della salute ha svolto attività di monitoraggio sulle attività svolte sia da IAPB Italia Onlus (e Polo nazionale dei Servizi e Ricerca per la prevenzione dell'ipovisione e della cecità) sia dalle Regioni.

Nel 2012 è stata presentata al Parlamento la Relazione annuale sullo stato d'attuazione delle politiche inerenti la prevenzione della cecità, educazione e riabilitazione visiva, con i dati riferiti all'anno 2011.

A seguito di suddetto monitoraggio sono stati assegnati i fondi, previsti e stabiliti dalla normativa in vigore (come riportato nel relativo riepilogo finanziario esercizio 2012).

**Riepilogo finanziario esercizio 2012**

*I pagamenti sono stati effettuati in "conto residui" sui fondi assegnati alle Regioni - anno 2012.*

<b>Data pag.to</b>	<b>Regione</b>	<b>Anno</b>	<b>Importo in Euro</b>
11/04/2013	Regione Marche	2012	52.500,16
16/07/2013	Regione Piemonte	2012	147.620,00
16/07/2013	Reg. Aut. Valle d'Aosta	2012	4.253,84
16/07/2013	Regione Lombardia	2012	319.034,95
16/07/2013	Regione Veneto	2012	160.994,32
16/07/2013	Reg. Aut. Friuli Venezia Giulia	2012	40.244,19
16/07/2013	Regione Liguria	2012	53.889,82
16/07/2013	Regione Emilia Romagna	2012	144.620,80
16/07/2013	Regione Umbria	2012	30.896,03
16/07/2013	Regione Abruzzo	2012	47.743,30
16/07/2013	Regione Molise	2012	11.355,13
16/07/2013	Regione Puglia	2012	139.111,12
16/07/2013	Regione Basilicata	2012	20.661,53
16/07/2013	Regione Calabria	2012	69.663,21
25/07/2013	Regione Lazio	2012	189.826,12
25/07/2013	Regione Toscana	2012	118.253,32
25/07/2013	Regione Autonoma della Sardegna	2012	58.281,51
06/08/2013	regione Campania	2012	192.360,78
09/08/2013	Regione Siciliana	2012	180.079,24
	<b>totale</b>	<b>2012</b>	<b>2.109.382,42</b>

Si segnala che, come riportato nello SCHEMA di RIPARTO 2013 che segue, **la legge di stabilità ha previsto una riduzione dei finanziamenti per il prossimo esercizio (*pagamenti da effettuare nel 2014 per le attività delle regioni svolte nell'anno 2013*), passando dalla somma di 2.109.382,42 Euro già impegnati per il 2012 alla somma di soli 194.082,00 EURO previsti per le attività svolte nel 2013.**

In proposito si segnala che la legge 284/97 stanziava 5 miliardi di lire a favore delle Regioni e PA (pari a € 2.582.257). Nel corso dei successivi anni si è vista la riduzione progressiva dello stanziamento, ma mai un taglio così drastico.

La riduzione dei fondi costituirà un forte elemento di criticità in quanto le Regioni, ogni anno, così come richiesto dalla normativa, programmano le attività di riabilitazione visiva prevedendo anche contratti di collaborazione e/o convenzioni al fine di ottemperare a quanto richiesto dalla Legge 284/97 in materia di prevenzione dell' ipovisione e della cecità, utilizzando esclusivamente i finanziamenti previsti dalla normativa stessa.

Il taglio delle risorse impatterà quindi negativamente sull'intero territorio nazionale, sulle prestazioni erogate e sui servizi offerti ai disabili visivi, contrastando gli effetti delle azioni di governo centrale.

Appare a rischio il rispetto di quanto richiesto dalla Legge di ratifica (L. 3/3/09) della Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità, soprattutto in relazione all' Art. 26 *Abilitazione e riabilitazione*, che impegna gli Stati Parti ad organizzare, rafforzare e sviluppare servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione.

**SCHEMA DI RIPARTO**

**con la QUOTA in EURO DA ASSEGNARE ALLE REGIONI** AI SENSI DELLA L. 284/1997, Art. 2, C. 1.

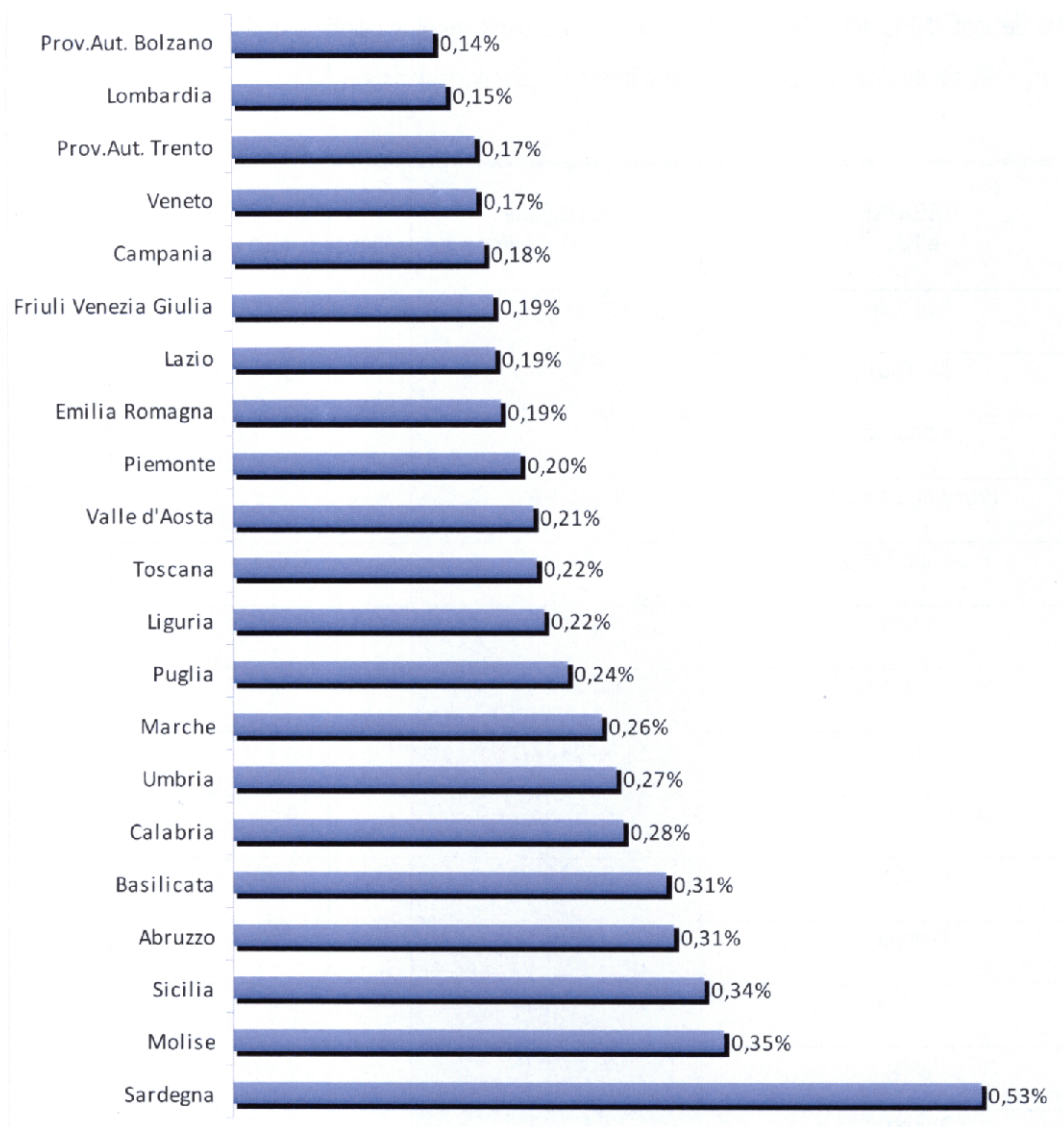
(calcolato sul 90% popolazione regionale e sul 10% n° ciechi invalidi presenti in regione)

REGIONI E PA	Popolazione residente	Quota su base popolazione in Euro	Totale numero ciechi invalidi	Quota su base n. totale ciechi civili in Euro	Quota Totale in Euro
Piemonte	4.374.052	12.803,25	8.927	991,89	13.795,14
Valle d'Aosta	127.844	374,21	273	30,33	404,54
Lombardia	9.794.525	28.669,47	14.972	1.663,56	30.333,02
Prov.Aut. Bolzano	504.708	1.477,33	725	80,56	1.557,88
Prov.Aut. Trento	524.877	1.536,36	904	100,44	1.636,81
Veneto	4.881.756	14.289,34	8.485	942,78	15.232,12
Friuli Venezia Giulia	1.221.860	3.576,50	2.267	251,89	3.828,38
Liguria	1.565.127	4.581,27	3.455	383,89	4.965,16
Emilia Romagna	4.377.487	12.813,30	8.357	928,56	13.741,86
Toscana	3.692.828	10.809,24	7.978	886,44	11.695,69
Umbria	886.239	2.594,10	2.411	267,89	2.861,99
Marche	1.545.155	4.522,81	4.058	450,89	4.973,70
Lazio	5.557.276	16.266,65	10.384	1.153,78	17.420,43
Abruzzo	1.312.507	3.841,83	4.119	457,67	4.299,49
Molise	313.341	917,18	1.093	121,44	1.038,62
Campania	5.769.750	16.888,58	10.340	1.148,89	18.037,47
Puglia	4.050.803	11.857,07	9.633	1.070,33	12.927,40
Basilicata	576.194	1.686,57	1.777	197,44	1.884,02
Calabria	1.958.238	5.731,94	5.443	604,78	6.336,72
Sicilia	4.999.932	14.635,26	16.783	1.864,78	16.500,03
Sardegna	1.640.379	4.801,54	8.738	970,89	5.772,43
<b>Totali</b>	<b>59.674.878</b>	<b>174.673,80</b>	<b>131.122</b>	<b>19.408,20</b>	<b>194.082,00</b>

**Analisi dei dati INPS sulle pensioni di Invalidità per cecità**

L'analisi dei dati INPS per il 2012, sotto riportati, sulle pensioni di invalidità per cecità, hanno permesso al Ministero della salute di evidenziare notevoli differenze a livello regionale.

<b>REGIONI e PA.</b>	<b>Popolazione residente in regione</b>	<b>n. totale di ciechi invalidi nella regione</b>
Piemonte	4.374.052	8.927
Valle d'Aosta	127.844	273
Lombardia	9.794.525	14.972
Prov.Aut. Bolzano	504.708	725
Prov.Aut. Trento	524.877	904
Veneto	4.881.756	8.485
Friuli Venezia Giulia	1.221.860	2.267
Liguria	1.565.127	3.455
Emilia Romagna	4.377.487	8.357
Toscana	3.692.828	7.978
Umbria	886.239	2.411
Marche	1.545.155	4.058
Lazio	5.557.276	10.384
Abruzzo	1.312.507	4.119
Molise	313.341	1.093
Campania	5.769.750	10.340
Puglia	4.050.803	9.633
Basilicata	576.194	1.777
Calabria	1.958.238	5.443
Sicilia	4.999.932	16.783
Sardegna	1.640.379	8.738
<b>Totali</b>	<b>59.685.227</b>	<b>129.220</b>



Nel grafico sopra riportato, considerata la popolazione residente in ogni regione, vengono evidenziate le differenze nella percentuale relativa al numero totale di ciechi invalidi.

## A.2 Attività svolte da IAPB Italia Onlus

Il lungo lavoro sul campo svolto dalla IAPB Italia onlus, ha consentito il raggiungimento di importanti obiettivi in termini di salute pubblica.

La IAPB Italia nel 2012, come di consueto, ha svolto azioni nei tre ambiti di prevenzione con **informazione-divulgazione** (prevenzione primaria), **visite oculistiche** di controllo (prevenzione secondaria) e **ricerca scientifica e sviluppo di servizi nel campo della riabilitazione** (prevenzione terziaria).

La **prevenzione primaria** è stata realizzata attraverso le numerose campagne di educazione sanitaria e i programmi di informazione - divulgazione, quali le iniziative legate alla *Giornata Mondiale della Vista*, alla *Settimana Mondiale del Glaucoma*,; la distribuzione di oltre 100 mila opuscoli, dvd e adesivi; la *linea verde* di consultazione oculistica, il forum *l'oculista risponde*, tutti ritagliati sulle diverse fasce d'età e divenuti essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo di rendere fruibili le informazioni per la popolazione.

La **prevenzione secondaria** è stata assicurata dalle 14 unità mobili oftalmiche presenti sul territorio nazionale, che hanno consentito a oltre 15.000 persone di ricevere controlli gratuiti della vista (*progetto Occhio ai bambini, presso le scuole dell'infanzia, la campagna di visite oculistiche nelle scuole medie di Roma "Fatti vedere", organizzata in collaborazione con Roma Capitale; i controlli della vista organizzati in occasione di alcuni importanti eventi quali, il Sanit, il Festival delle Generazioni, il progetto di mediazione sociale "La salute è uguale per tutti", il Convegno "Il valore della vista"*).

IAPB Italia infine ha svolto attività di coordinamento sulla **ricerca scientifica e la riabilitazione dell'ipovedente**, attraverso il Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva degli Ipovedenti, con il quale si è cercato di sviluppare nuovi modelli riabilitativi, stimolare processi di innovazione nella progettazione di ausili ottico-elettronici e tiftologici, software assistivi, nonché di realizzare un network tra i centri di riabilitazione per dare voce alle istanze scientifiche e sociali, essere di supporto alle istituzioni sanitarie per le materie di competenza.

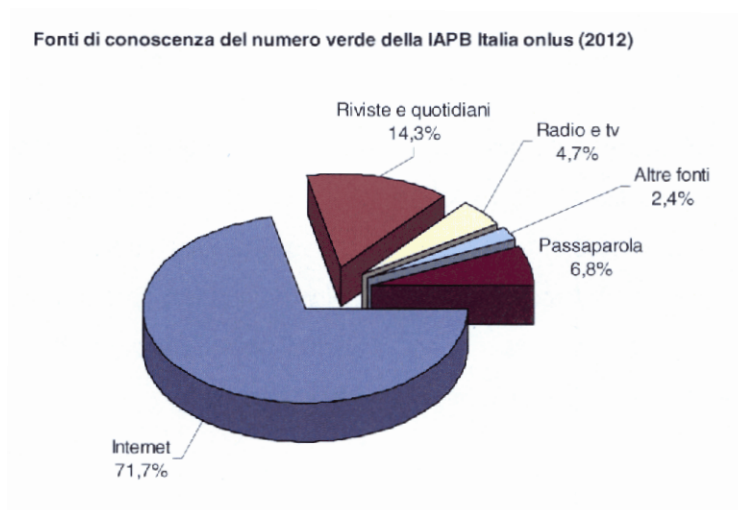
## PREVENZIONE PRIMARIA

### Linea Verde

La linea verde di consultazione oculistica gratuita della IAPB Italia onlus (**800-068506**) è un servizio di riferimento per molte persone affette da malattie oculari che rischiano di vedere compromessa la loro vista, ma è anche un utile strumento per chi intenda prevenire semplici disturbi oculari ed essere, quindi, eventualmente indirizzato a un controllo oculistico.

Il 71,7% delle oltre duemila chiamate ricevute dal servizio gratuito di consultazione oculistica, durante il 2012, sono avvenute dopo aver individuato il numero verde su internet (+5% rispetto al 2011), mentre in oltre il 14% dai casi il numero verde è stato contattato avendolo letto su quotidiani o riviste.

Inferiore, invece, l'impatto di tv e radio che, nel complesso, si attestano intorno al 4,7% come fonte di conoscenza del servizio telefonico.

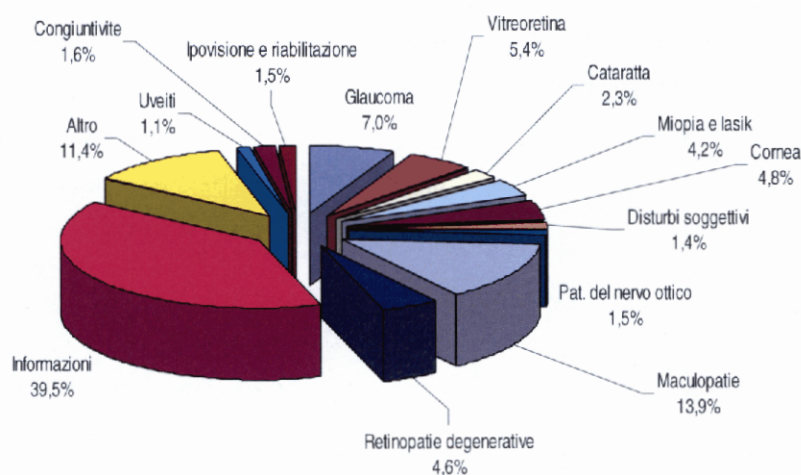


Per quanto riguarda la natura dei contenuti della conversazione del servizio di consultazione oculistica, in quasi quattro casi su dieci sono state fornite informazioni generali (39,5%), in particolare sulle campagne di prevenzione della IAPB Italia onlus (31,2%). Per quanto concerne, invece, i disturbi e le malattie in quasi un quarto dei casi (23,9%) riguardavano patologie della retina (maculopatie col 13,9%, retinopatie degenerative col 4,6% e questioni vitreo-retiniche col 5,4%). A seguire il glaucoma (7%), i problemi alla cornea (poco meno del 5%) e la chirurgia refrattiva (4,2% delle chiamate).

La cataratta è stata argomento di conversazione col medico oculista di turno nel 2,3% dei casi.

Infine le congiuntiviti, l'ipovisione e la riabilitazione, le patologie del nervo ottico e i disturbi soggettivi si sono attestati attorno all'1,5 % ciascuno.

Tipo di informazione richiesta al numero verde di consultazione oculistica  
IAPB Italia onlus (2012)



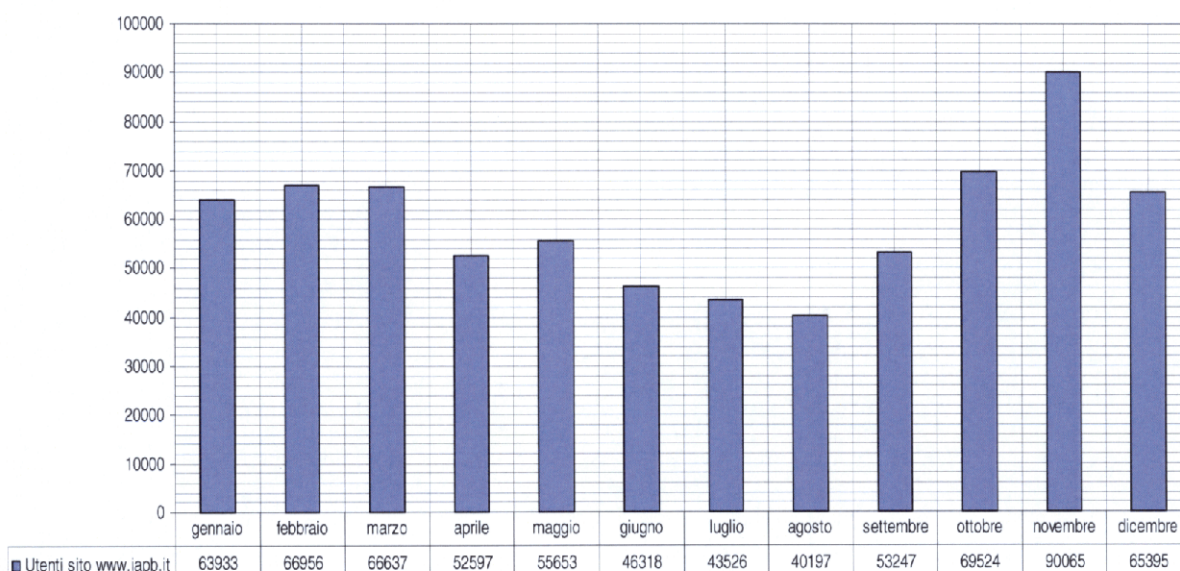
### Sito Internet

Nel 2012, rispetto all'anno precedente, si è registrata una crescita del numero di visitatori di oltre il 40% per il sito internet dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità - IAPB Italia onlus ([www.iapb.it](http://www.iapb.it)).

In totale questo sito ha registrato **714.048 visite** solo nel 2012.

Le visualizzazioni di pagina sono state in totale 2.760.142.

Il numero di file, immagini e pagine testuali scaricati ha superato i 20 milioni.



L'andamento della visite ha avuto generalmente dei picchi in concomitanza con le periodiche campagne di informazione e prevenzione: Giornata mondiale della vista (secondo giovedì di ottobre), inaugurazione del *Centro di diagnostica e riabilitazione visiva per bambini con deficit plurisensoriali* presso il Policlinico A. Gemelli (13 dicembre 2012) e settimana mondiale del glaucoma (dall'11 al 17 marzo 2012).

Da segnalare, inoltre, che è stata creata anche un'*home page* dedicata specificatamente al Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva (con indirizzo [www.iapb.it/polonazionale](http://www.iapb.it/polonazionale)).

### **Forum**

L'incremento di iscritti e di post pubblicati del forum "l'oculista risponde", offerto gratuitamente dalla IAPB Italia onlus, è ormai pienamente consolidato.

All'inizio del 2012 risultavano oltre 2600 utenti iscritti e quasi 3500 post (ossia domande poste all'oculista pubblicamente e per iscritto), a fine 2012 figuravano oltre 3800 post e più di 2800 iscritti (rispettivamente con un aumento di oltre l'8,5% e il 7,7%).

I medici oculisti di turno hanno risposto quotidianamente, dal lunedì al venerdì, a tutte le domande postate.

Il forum è andato ad integrare, con efficienza ed efficacia, il servizio di risposta gratuita via posta elettronica (all'indirizzo e-mail [info@iapb.it](mailto:info@iapb.it)).

### **Opuscoli**

La IAPB Italia è impegnata nell'informazione indirizzata ai cittadini attraverso la produzione di opuscoli riguardanti le patologie oculari.

Nel 2012 si è conclusa la rielaborazione degli otto opuscoli dedicati alle patologie oculari, che, oltre a una nuova veste grafica, sono stati aggiornati nei contenuti.

Per celebrare la Giornata Mondiale della Vista, nel 2012 è stato predisposto un opuscolo esplicativo delle principali patologie della vista, intitolato "Ama la tua vista, prenditene cura" e contenente anche una griglia di amsler per facilitare l'autodiagnosi della degenerazione maculare legata all'età, di cui sono state stampate 25.000 copie, che, insieme a un righello, sono state distribuite nelle piazze 69 province italiane.

Durante la *settimana mondiale del glaucoma* sono stati distribuiti 50.000 opuscoli dal titolo "il glaucoma si può prevenire in un batter d'occhio".

Inoltre, sono stati distribuiti attraverso le strutture periferiche IAPB Italia, gli ambulatori oculistici, gli ospedali e durante le varie iniziative, oltre 35.000 opuscoli tra quelli dedicati alle singole patologie, DVD, adesivi e depliant *Apri gli occhi*, fumetti *Vediamoci Chiaro* e opuscoli informativi sul Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva e l'Agenzia.

### **Oftalmologia Sociale – Rivista di Sanità Pubblica**

La IAPB Italia onlus pubblica trimestralmente la rivista scientifica di sanità pubblica "Oftalmologia Sociale", che viene inviata gratuitamente (o con un piccolo contributo di sostegno) a circa diecimila persone in tutta Italia. La rivista è attualmente diretta dall'avv. Giuseppe Castronovo, Presidente della Sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità - IAPB, che punta a evidenziare la rilevanza morale, sociale e politico-economica della lotta alla cecità evitabile.

La rivista si occupa soprattutto di prevenzione, ricerca e riabilitazione visiva. La rivista in questione, in vita da più di venti anni, concilia un aspetto strettamente scientifico (che interessa soprattutto gli addetti ai lavori) ad uno più divulgativo, accessibile anche a un pubblico più vasto. I destinatari principali sono oculisti, ortottisti, ASL e istituzioni nazionali e locali. La stessa pubblicazione esce anche nei formati braille, audio ed elettronico, essendo così accessibile ai non vedenti. Inoltre i numeri arretrati (archivio) sono disponibili gratuitamente – sia in formato pdf che word – nel sito ufficiale della Sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità.

**Sintesi dei contenuti della Rivista per l'anno 2012:****n.1 del 2012 (gennaio-marzo)**

Il numero della rivista trimestrale si apre con una riflessione del Prof. F. Cruciani (Università Sapienza di Roma) intitolata "Falsi ciechi, un problema nazionale". Il docente universitario fa il punto su un grande problema che affligge l'Italia, dove si rischia di penalizzare i grandi invalidi mentre si conduce un'importante battaglia contro i falsi disabili.

Degna di nota è l'intervista alla Prof. ssa F. Simonelli (docente presso la Seconda Università di Napoli), incentrata su una malattia retinica causata da un difetto del Dna: l'amaurosi congenita di Leber.

La docente ha collaborato con un'équipe americana dell'Università di Philadelphia che, per la prima volta al mondo, è riuscita a restituire parzialmente la vista a bambini e ad alcuni adulti colpiti dalla patologia oculare genetica rara. Un valido esempio di come la ricerca italiana possa ottenere eccellenti risultati anche in collaborazione con équipe internazionali di alto livello.

Tra le notizie mondiali segnaliamo la sperimentazione – condotta in Messico – effettuata con un laser che può schiarire gli occhi fino a farli diventare azzurri. Su questo argomento ha rilasciato un'intervista a "Oftalmologia Sociale" il portavoce dell'Accademia Americana di Oftalmologia (AAO), il Prof. Elmer Tu, invitando a grande prudenza prima di autorizzare trattamenti simili, a causa dei danni che potrebbero subire gli occhi a causa dell'impiego di questo laser sperimentale (con fini estetici). Una posizione altrettanto cauta ha espresso M. Piovella, Presidente della Società Oftalmologica Italiana.

Infine, due lavori scientifici: "Genitori e qualità delle cure" (L. Lonetti e L. Laureti), su un centro di riabilitazione visiva di Firenze, e "Come migliorare la valutazione del danno visivo periferico" (G. Corallo, A. Bagnis, G. Balestrero e C. Guidi), un'intelligente disquisizione sui criteri e sulle modalità di misurazione dei danni visivi provocati dal glaucoma, una malattia oculare che – secondo l'Oms – colpisce 55 milioni di persone nel mondo.

**n.2 del 2012 (aprile-giugno)**

Questo numero di "Oftalmologia Sociale" si apre con l'editoriale di M. Corcio, Vicepresidente dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus, intitolato "Più fiducia nella prevenzione", in cui si sottolinea una maggiore necessità di partecipazione alle politiche sanitarie da parte dei disabili.

Diverse interviste arricchiscono le pagine della rivista edita dalla IAPB Italia onlus: da quella rilasciata dal professore Bruno Lumbroso (già primario presso l'Ospedale Oftalmico di Roma) all'intervista al professor Avinoam Safran (apprezzato docente delle Università di Ginevra e di Parigi), passando per un'intervista al professore Leonardo Mastropasqua (docente presso l'Università di Chieti-Pescara G. D'Annunzio).

Importanti gli articoli: “Le astenopie visive” di R. Crouzet Barbati (sulla sindrome da affaticamento visivo) e quello sulla sperimentazione che l’Istituto Nazionale dei Migranti ha avviato col Ministero della Salute per fornire gratuitamente le lenti ai migranti poveri (“Quando gli occhi misurano umanità e salute” di P. Turchetti). Oltre alle consuete news oftalmologiche dall’Italia e dal mondo (in cui, tra l’altro, si parla di cellule staminali), sono stati pubblicati due studi scientifici: “Effetti del sildenafil nella neurite ottica ischemica anteriore non arteritica” (A. Moramarco, M. Gharbiya e collaboratori) e “Check-up oculistici con le unità mobili oftalmiche” (F. Cruciani e collaboratori).

### **n. 3 del 2012 (luglio-settembre)**

In questo numero della rivista di sanità pubblica è stata tra l’altro annunciata la Giornata Mondiale della Vista (11 ottobre 2012).

Di rilievo l’intervista a Gullapalli Nag Rao, ex Presidente mondiale dell’Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB, che fa il punto sulle malattie oculari in India, uno dei Paesi più popolosi del mondo, dove esistono forti contrasti socio-economici che rendono più difficile l’eguale accesso alle cure oculistiche.

Infine, da segnalare tre lavori epidemiologici e scientifici: “I traumi oculari contusivi e perforanti” (di F. Cruciani, O. Campagna, M. Genzano e V. Russo); “La cheratite da *Acanthamoeba* nei portatori di lenti a contatto” (di F. Pacella, C. D. Piraino, A. F. Ferraresi, C. Brillante, G. Smaldone, G. De Paolis, G. Mazzeo, A. Lombardi, F. Cruciani, M. De Giusti e G. La Torre); “Microperimetria e riabilitazione” (di R. Fasciani, F. M. Amore, F. de Rossi, S. Mitrugno, S. Paliotta, F. Cruciani, E. Balestrazzi e A. Reibaldi).

### **n. 4 del 2012 (ottobre-dicembre)**

Presenti un articolo che racconta la storia degli ipovedenti (A. Mombelli) e un’intervista al Prof. B. Lumbroso (“Ipovedenti senza discriminazioni”).

“Ipovisione e terapie mediche del futuro” è, invece, l’articolo a firma di S. Turco, in cui si tratta in modo analitico delle terapie attuali e di quelle avveniristiche per diverse malattie oculari: dalla terapia genica alle cellule staminali, passando per il fattore di crescita nervoso (NGF).

Inoltre questo numero della rivista dà notizia del protocollo d’intesa che, il 13 novembre 2012, è stato siglato a Roma tra l’Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus e l’*Italian Barometer Diabetes Observatory*, il cui presidente è il Prof. Renato Lauro ( Rettore dell’Università di Tor Vergata), al fine di combattere il diabete e prevenire i suoi effetti nefasti sulla retina.

Infine questo numero di “Oftalmologia Sociale” – oltre alle news dal mondo oculistico – contiene due studi scientifici: “Genomica della degenerazione maculare legata all’età” (di S. Zampatti, F. Ricci, A. Cusumano, G. Novelli, E. Giardina) e “Potenziali Evocati Visivi da pattern” (di R. Appolloni, A. Tiezzi, E. Scarfò, I. Macchi).

**Newsletter**

Nel 2012 è stato continuato il servizio di newsletter elettronica, inviata a tutti coloro che si sono iscritti sul sito [iapb.it](http://iapb.it), autorizzando l'invio della comunicazione. La newsletter ha cadenza mensile e informa gli utenti su tutte le iniziative e programmi di prevenzione della IAPB Italia su tutto il territorio nazionale nonché le notizie più importanti della ricerca scientifica nazionale ed internazionale.

**Mass Media**

Il 2012 è stato contraddistinto da tre grandi eventi su scala nazionale a livello di prevenzione delle malattie oculari e di riabilitazione: la settimana mondiale del glaucoma (11-17 marzo), la Giornata mondiale della vista (11 ottobre) con la presentazione del servizio di riabilitazione visiva in età pediatrica presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Santa Marinella e l'inaugurazione del Centro di diagnostica e riabilitazione visiva per bambini con deficit plurisensoriali presso il Policlinico A. Gemelli (13 dicembre).

In queste occasioni si è avuta un'ottima copertura mediatica e la messa in onda di Radio Vaticana, Radio Uno, Rai Uno (TG1 e Uno Mattina), Rai Due (TG2) e Rai Tre (Pronto Elisir, TG3 Leonardo) a livello radiotelevisivo. Per quanto riguarda le testate cartacee si sono ottenute le uscite su La Repubblica, Il Corriere della Sera e Viversani & Belli.

Anche le testate *on line* hanno avuto una notevole importanza nel raccontare le attività di prevenzione dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità – IAPB Italia onlus: dal sito di Salute24 (gruppo editoriale Il Sole24Ore), passando per [lastampa.it](http://lastampa.it), [ilcorriere.it](http://ilcorriere.it) e [ilgiornale.it](http://ilgiornale.it) sino a siti istituzionali come quelli del nostro Ministero, dell'Istituto Superiore di Sanità o della Sapienza-Università di Roma.

L'attenzione mediatica è stata dedicata, in tutti questi casi, particolarmente ai check-up oculistici offerti gratuitamente alla cittadinanza dalla IAPB Italia onlus.

### **Giornata Mondiale della Vista**

La Giornata Mondiale della Vista, indetta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per portare all'attenzione dei governi nazionali il drammatico problema della cecità evitabile (nel mondo circa 285 milioni di persone hanno problemi alla vista; di queste, 39 milioni sono cieche), è stata dedicata alla prevenzione e si è celebrata l'11 ottobre 2012 ed ha visto la partecipazione del Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato Antonio Tomassini e del Presidente Pierferdinando Casini.

In questa occasione è stato presentato il nuovo servizio di riabilitazione visiva in età pediatrica svolto dal Polo Nazionale in collaborazione con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù nella sede di Santa Marinella.

In 69 città sono stati allestiti dei gazebo aventi una specifica linea grafica, per la distribuzione, nelle maggiori piazze, dell'opuscolo "Ama la tua vista, prenditene cura", che sintetizzava, in maniera esemplificata ed efficace, le caratteristiche delle più diffuse patologie della vista.

In 22 città sono stati effettuati controlli oculistici nelle Unità Mobili Oftalmiche.

### **Manifestazioni, convegni e Seminari**

Il 10 settembre si è svolto a Roma il *Board meeting* dell'AMD Alliance, organizzato dalla IAPB Italia.

Il 13 ottobre la IAPB Italia, attraverso il proprio Polo Nazionale, ha collaborato all'organizzazione del Seminario "Gli ipovedenti tra passato, presente e futuro" in favore di un effettivo riconoscimento sociale degli ipovedenti, in collaborazione con l'Unione italiana ciechi e l'Università Sapienza.

Come ogni anno, IAPB Italia ha preso parte, dal 12 al 15 giugno, al forum internazionale della salute - SANIT, evento organizzato al Palazzo dei Congressi di Roma, con uno stand informativo e una propria Unità Mobile Oftalmica, grazie alla quale sono state sottoposte a visita gratuita oltre 200 persone.

Ai due congressi annuali della Società Oftalmologica Italiana la IAPB Italia onlus ha partecipato, oltre che con la presenza di uno stand informativo rivolto agli oculisti, anche tenendo alcune sessioni di studio. A Milano, dal 23 al 26 maggio, è stato organizzato dal Polo Nazionale un corso dedicato all'ipovisione, a cui hanno partecipato oltre cento persone; nei giorni dal 28 novembre al 1° dicembre, sempre gli operatori del Polo Nazionale, hanno partecipato, in qualità di relatori, alle diverse sessioni dedicate all'ipovisione e alle figure dell'oculista e dell'ortottista nell'attività clinica quotidiana; infine il 1° dicembre si è tenuta la sessione dal titolo "retinite pigmentosa: stato attuale e prospettive future".

Il 23 novembre a Roma, il Polo nazionale ha organizzato una sessione del convegno dell'Ordine degli Architetti di Roma, dedicata alle problematiche dell'ipovedente, finalizzata a sensibilizzare i progettisti di ambienti privati e pubblici a tenere conto delle esigenze particolari del disabile visivo, affinché gli spazi possano essere più accessibili.

**PREVENZIONE SECONDARIA****Unità Mobili Oftalmiche**

Particolare attenzione è stata rivolta verso tutti quei soggetti che, per motivi di carattere culturale, economico o per disinformazione sanitaria non si sono mai sottoposti ad una visita oculistica di controllo. Attualmente la IAPB Italia gestisce, congiuntamente all'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti, 14 Unità Mobili Oftalmiche, utilizzate per tutto l'anno dagli organismi periferici per svolgere campagne di prevenzione, soprattutto nei centri particolarmente disagiati. Le UMO sono dotate di computer e di una scheda informatica per la rilevazione dei dati acquisiti durante le visite oculistiche, che consentono nel tempo di disporre di elaborazioni statistiche di valore epidemiologico.

Attraverso tali Unità Mobili Oftalmiche, nel 2012 sono state visitate gratuitamente oltre 15.000 persone su tutto il territorio nazionale riscontrando numerosi soggetti con patologie silenti che nel tempo avrebbero procurato danni irreversibili.

**Occhio ai Bambini**

Il progetto, che ormai va avanti dal 2008, ha raggiunto nel 2012 ben 29 capoluoghi di provincia, in cui è stato possibile visitare oltre 7.000 alunni della scuola dell'infanzia. Come nella precedente analisi dei dati, è stato confermato che circa il 10% dei bambini visitati è stato avviato ad ulteriori accertamenti per diminuzione del visus o per la presenza di una patologia.

**Prevenzione nelle scuole medie**

Dal 16 aprile al 30 maggio 2012 si è svolta una campagna di prevenzione, dal titolo "Fatti vedere, in alcune delle scuole medie della Capitale.

I destinatari sono stati circa mille alunni di Roma che, nel corso di un mese e mezzo sono stati sottoposti a controlli oculistici gratuiti a bordo delle Unità mobili oftalmiche; il progetto è stato svolto in collaborazione con Vitattiva onlus, sostenuto da Roma Capitale (Comune di Roma).

**Visite per gli extracomunitari**

In collaborazione con una associazione di promozione della cultura dell'integrazione interrazziale (Progetto Mediazione Sociale) nel mese di maggio sono stati effettuati controlli oculistici gratuiti alla popolazione extracomunitaria nell'iniziativa "La salute è uguale per tutti" che si è tenuta a Roma, a piazza Vittorio. La

pregevole iniziativa mirava a offrire una serie di possibilità di controlli e medicina preventiva per una varietà di etnie e di nazionalità con l'obiettivo di migliorare la salute degli stranieri meno abbienti che vivono a Roma.

## COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

### **Paesi in via di sviluppo**

Dal 16 al 20 settembre l'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità ha preso parte alla IX *General Assembly* dell'International Agency for the Prevention of Blindness.

Durante il congresso che ha visto la straordinaria partecipazione di circa 1.500 delegati, sono state esaminate le future strategie globali per la lotta alla cecità evitabile.

La IAPB Italia ha partecipato con una propria delegazione che ha preso parte alle varie sessioni di studio e ha incontrato diversi rappresentanti di altre organizzazioni internazionali.

Il nuovo presidente della IAPB eletto dall'Assemblea Generale è l'australiano Bob McMullan, che ha ricoperto in passato di Ministro dei Beni Culturali, della Pubblica Amministrazione, del Commercio.

### **Progetto Marocco**

Nel 2012 si è concluso il progetto di cooperazione con il Ministero della Sanità del Marocco (Direzione dei servizi per le malattie oculari e del programma per la lotta alla cecità) che nella prima fase aveva visto l'implementazione dei sistemi di sorveglianza del tracoma.

### **Paesi occidentali**

La IAPB Italia quale membro fondatore dell'AMD Alliance, anche nel 2012 ha svolto una intensa attività di prevenzione della degenerazione maculare legata all'età, la principale causa di cecità nei Paesi occidentali, sia attraverso l'attività ordinaria di divulgazione svolta sul territorio attraverso i comitati provinciali e regionali, sia durante la giornata mondiale della vista, con la distribuzione della griglia di Amsler per il primo e rapido test per identificare la patologia.

Il 10 settembre 2012 si è svolto a Roma il direttivo mondiale e il 13 dicembre us si è avuto il meeting delle organizzazioni aderenti all'AMD Alliance presenti in Europa, per identificare strategie di collaborazione, capaci di accrescere i programmi di prevenzione della patologia sia a livello nazionale che europeo.

**Task force for low vision Western Mediterranean**

Per quanto riguarda la formazione degli oculisti sulla riabilitazione visiva nei Paesi in via di sviluppo, la "Task Force for Low Vision West Mediterranean", si è riunita a Roma il 14 ottobre us, per fare il punto sulle iniziative di prevenzione e riabilitazione visiva attuate nell'area mediterranea e individuare nuovi progetti per diffondere sempre di più tali azioni.

### **A.3 Attività Polo Nazionale ex lege n. 291/03**

#### **Introduzione**

Nell'anno 2012 il Polo Nazionale ha mantenuto l'alto livello di assistenza raggiunto nel percorso riabilitativo attraverso l'implementazione di nuova tecnologia, grazie alle attività di formazione, allo sviluppo della ricerca clinica e al confronto con altri operatori dell'ipovisione a livello nazionale e internazionale.

Si è deciso di approfondire le nuove aree di sviluppo per l'ipovisione quali la genetica, la neuro plasticità e l'innovazione tecnologica scegliendo così di sviluppare le aree di maggiori necessità in campo riabilitativo.

Il 2012 ha visto anche l'apertura della attività riabilitative del Polo Nazionale per la fascia dell'età evolutiva, attraverso due prestigiose collaborazioni: con l'Ospedale Bambino Gesù si è dato vita al "Servizio di Riabilitazione Visiva in Età Pediatrica Polo Nazionale Ipovisione – Bambino Gesù" di S. Marinella e con il Policlinico A. Gemelli si sono sviluppate le prime attività del "Centro di diagnostica e riabilitazione visiva per bambini con deficit plurisensoriali".

Si sono inoltre dedicate diverse risorse all'attivazione del percorso di collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, puntando al riconoscimento ufficiale di Centro di collaborazione con tale agenzia specializzata della Nazioni Unite, che permetterà al Polo di finalizzare il lavoro di consulente tecnico nei maggiori forum di discussione del settore e di elaborare e promuovere le Linee guida internazionali della riabilitazione visiva.

#### **Attività assistenziale:**

Il Polo promuove un processo riabilitativo multidisciplinare che punta ad assicurare un'adeguata autonomia personale e una migliore qualità della vita e, nei casi in cui si rende possibile, prevenire il peggioramento della patologia.

L'équipe multidisciplinare è formata da più figure professionali con elevate competenze specialistiche. Nello specifico si compone di oculisti, ortottiste, uno psicologo/psicoterapeuta e consulenti esterni quali un esperto tifologo e un istruttore di orientamento e mobilità. Se necessario è possibile anche avvalersi di altre consulenze specialistiche, ad esempio quelle del neurologo o del neuropsichiatra.

Il lavoro assistenziale si concentra anche sul miglioramento continuo della qualità del servizio fornito; nel 2012 è stato infatti avviato un processo standardizzato di qualità al fine di realizzare la Certificazione di Qualità, proprio per poter garantire all'utente il rispetto di tutti gli standard internazionali.

**Tabella 1. Prestazioni Polo Nazionale 2008-2012**

	2008	2009	2010	2011	2012	totale
N° PAZIENTI TOTALI	207	238	242	288	242	1217
N° PRESTAZIONI EFFETTUATE	1256	1926	2531	3766	3390	2869
N° PAZIENTI RIABILITATI	147	200	174	201	160	882
N° PAZIENTI NON RIABILITATI	50	57	68	84	82	341
ETA' MINIMA	4	6	7	3	7	
ETA' MASSIMA	94	95	98	92	96	
TOT PAZIENTI DONNE	115	126	127	161	148	677
TOT PAZIENTI UOMINI	83	112	114	124	94	527
<b>PROVENIENZA</b>						
ROMA	112	158	137	141	117	665
LAZIO	42	66	68	95	78	349
ALTRE REGIONI	44	31	36	49	45	205
STATO ESTERO	0	0	1	1	2	4
PAZIENTI NORMOVEDENTI	67	78	87	109	81	422
PAZIENTI IPOVEDENTI LIEVI	16	16	16	27	17	92
PAZIENTI IPOVEDENTI MEDIO- GRAVE	21	42	40	26	47	176
PAZIENTI IPOVEDENTI GRAVE	31	29	33	28	37	158
PAZIENTI CIECHI PARZIALI	41	50	46	71	42	250
PAZIENTI CIECHI ASSOLUTI	21	23	20	24	18	106

Per l'attività assistenziale ogni singolo paziente ha avuto una seduta in media di 2 ore (ogni paziente che intraprende il percorso riabilitativo torna dalle 5 alle 10 volte presso il Centro).

Si fa presente che il percorso riabilitativo prevede, a grandi linee, i seguenti passi:

Accettazione alla reception

Valutazione del profilo psicologico, della motivazione e delle richieste del paziente

Inquadramento clinico funzionale

Stesura e condivisione del progetto riabilitativo personalizzato, previa riunione multidisciplinare

Training ortottico e addestramento all'uso dell'ausilio/i

Supporto psicologico durante l'iter riabilitativo

Sedute orientamento e mobilità

Sedute autonomia domestica

Prescrizione Ausili

Collaudo della fornitura

Follow up 3 mesi

Follow up 6 mesi

Il confronto a livello internazionale con i maggiori esperti mondiali di riabilitazione continua a confermare che il metodo utilizzato al Polo è di altissimo livello e spesso addirittura supera i più alti standard riconosciuti a livello europeo e nord americano, soprattutto in termini di presa in carico globale e di risposte a tutte le problematiche connesse all'ipovisione.

#### Ricerca

Il Polo è coinvolto in diversi progetti di Ricerca in ambito di prevenzione oftalmica e nel campo dell'ipovisione. L'obiettivo è spesso quello di fotografare la realtà e identificare le maggiori difficoltà in ambito di riabilitazione visiva, al fine di sviluppare nuove strategie per migliorare le tecniche riabilitative e ridurre di conseguenza l'impatto dell'ipovisione.

Tra le ricerche, gli studi e i lavori realizzati dallo staff del Polo durante il 2012, si segnalano i seguenti:

- √ “Rehabilitation of distance vision in low vision patients”, in collaborazione con il Prof. Markowitz (Toronto University) ed inviato al Canadian Journal of Ophthalmology per la pubblicazione
- √ “Microperimetria e riabilitazione”, pubblicato sulla Rivista Oftalmologia Sociale (n°3/2012)
- √ “Rehabilitative approach with MP1-microperimeter in patients with visual field defects following lesions of the central visual pathways: preliminary results”, ricerca presentata all' Envision Conference 2012
- √ “Biofeedback stimulation in patients with age related macular degeneration : comparison between two different methods” inviato al Canadian Journal of Ophthalmology per la pubblicazione
- √ Studio multicentrico internazionale “stimolazione transcranica in pazienti con emianopsie” in collaborazione con il Prof. Rossini (Istituto di Neurologia, Università Cattolica)
- √ Sviluppo dello studio “Correlazione morfofunzionale ai fini riabilitativi nei soggetti con malattia di Stargardt”
- √ “Ipovisione e terapie mediche del futuro”, pubblicato sulla Rivista Oftalmologia Sociale (n°4/2012)
- √ Elaborazione della brochure “Ama la tua vista, prenditene cura”, pubblicato da IAPB Italia Onlus
- √ “Quantificazione del deficit perimetrico binoculare in ipovisione: due metodiche a confronto”, da pubblicare nel corso del 2013 su una rivista di medicina legale.

- √ “Principi di plasticità cerebrale e neurostimolazione”
- √ Sviluppo dello studio “La percezione della qualità della vita nei soggetti ipovedenti prima e dopo il percorso riabilitativo misurata attraverso la somministrazione del questionario NEI-VFQ25”
- √ Review sulla Qualità della vita dei soggetti ipovedenti
- √ Sviluppo dello studio “Efficacia di differenti tipi di luce nella performance di lettura del paziente ipovedente”, in fase di elaborazione
- √ “Rehabilitative approach in patients with ring scotoma”, presentato all’ Envision Conference 2012 e in attesa di pubblicazione sul Canadian Journal of Ophthalmology
- √ “Relationship between fixation stability and reading speed”, accettato per la pubblicazione dalla Rivista Ophthalmic and Physiological Optics
- √ Realizzazione di DataBase sui pazienti afferenti al Polo con dati specifici su età, patologie, trattamenti riabilitativi, prestazioni eseguite, etc

Il 2012 è stato dedicato inoltre alla sperimentazione della cartella elettronica e al collaudo dell’intero sistema denominato “LIGHT”. Tale progetto si inserisce nell’ambito di collaborazione con il Ministero dello Sviluppo Economico, come espressione del progetto Dahms.

Il progetto comprende due sotto azioni principali:

1. Ideazione e sviluppo di una CARTELLA CLINICA WEB-based:

L’obiettivo principale è quello di monitorare il paziente, inserendo i dati anagrafici, anamnestici, clinici e di trattamento, in una Cartella Clinica consultabile via WEB. L’insieme delle cartelle costituisce un database clinico aggiornato che permette in tempo reale di:

- Affinare l’approccio terapeutico al paziente;
- Monitorare la riabilitazione a casa del paziente;
- Valutare la patologia di interesse, la sua rilevanza, la sua incidenza;
- Monitorare il fenomeno in modo costante, omogeneo e comparabile, nei suoi risvolti demografici, sociali, medici ed economici.

Potrebbe inoltre divenire possibile:

- Monitorare e Supportare ovunque nel mondo e in ogni istante il Paziente con l’opportunità di un tele-consulato, grazie alla cartella web-based condivisibile;
- Raggiungere contemporaneamente tutti gli specialisti che valutano la malattia (Collaborazioni inter-disciplinari);

- Informare gli specialisti in modo adeguato rispetto alla diagnosi e al trattamento della patologia;
- Verificare l'efficacia di programmi di Riabilitazione;
- Realizzare campagne di Screening;
- Condurre in modo semplice studi di ricerca multi-centrici;
- Eseguire analisi statistiche reali e in tempo reale.

## 2. Sviluppo di un modello di RIABILITAZIONE DOMICILIARE per gli Ipvovedenti:

- Lo scopo è quello di fornire alla persona ipovedente uno strumento software semplice da installare su di un qualunque PC e che aiuti l'ipovedente a riabilitare a casa le zone retiniche a sensibilità preservata. L'obiettivo è quello di esercitare gli occhi delle persone con disabilità visive e/o ipovedenti proiettando su di un monitor o su occhiali elettronici una pluralità di immagini e/o forme di cui sia possibile modificare il contrasto e la velocità di proiezione (la frequenza di flickering) secondo le indicazioni dello Specialista.
- La stimolazione visiva viene proposta al paziente sulla base dei parametri ottenuti tramite la visita con MP-1; è inoltre possibile il tele-monitoraggio della riabilitazione eseguita a casa.

Durante il 2012 lo staff del Polo si è impegnato nelle seguenti tappe attuative:

- attivazione e utilizzo della Cartella elettronica e degli iPad per l'attività clinico-assistenziale;
- attivazione del modulo di importazione/esportazione da periferiche (scanner,AR) ai fini dell'acquisizione da periferiche della diagnostica per eventuale funzione di Reading Center
- attivazione del modulo di importazione/esportazione da MP-1, da campi metro Humphrey e auto refrattometro ai fini della corretta impostazione della sperimentazione per la riabilitazione domiciliare (domotica);

## **Nuove Linee di sviluppo**

### **Genetica**

Il 2012 ha visto l'avvio della collaborazione del Polo con il Centro di Genetica diretto dal Prof. Novelli, Ospedale TorVergata. Questa collaborazione ha permesso di ampliare le conoscenze sul tema, per identificare linee di ricerca future.

E' stato organizzato un Corso di formazione specifico per lo staff del Polo sulle possibili aree di sviluppo della riabilitazione in ambito della genetica e le possibili integrazioni tra le due discipline.

- **Neuroscienze e plasticità cerebrale:**

L'utilizzo delle più innovative tecniche di neuro stimolazione (biofeedback con flickering pattern al MP1) presuppone una maggiore conoscenza delle basi neurofisiologiche della plasticità cerebrale.

Alcuni operatori hanno quindi approfondito, nel corso del 2012, questi temi frequentando i Centri internazionali maggiormente riconosciuti per l'area della neuro plasticità.

In particolare si è fatto riferimento al Centro diretto dal Prof. Sabel (Institut für Medizinische Psychologie dell'Università di Magdeburg/Germany) per approfondire la conoscenza dell'uso della metodica pattern nella neuro riabilitazione visiva. Inoltre membri dello staff del Polo hanno partecipato ad uno stage formativo presso l'Università di Tubingen (Germania) al Centro di riabilitazione visiva diretto dalla Prof.ssa Trauzettel-Klosinsky, dove è stato possibile approfondire la conoscenza del deficit campi metrico in particolari casi di pazienti con emianopsie e sviluppare competenze per la stimolazione della plasticità cerebrale del paziente ipovedente.

### ***Innovazione tecnologica e miglioramento delle competenze in ambito di ricerca***

L'implementazione dell'utilizzo del micro perimetro nella diagnosi e nel trattamento dell'ipovisione ed il confronto con esperti internazionali del settore, nell'ottica di una sempre più fitta e proficua collaborazione, ha visto la sua realizzazione nello stage di risorse umane del Polo presso il Moorfields Eye Hospital (Londra).

Sono inoltre stati riproposti gli incontri con le aziende del settore con l'obiettivo di aggiornarsi sulle novità, ma anche di collaborare allo sviluppo di ausili più moderni e funzionali sia nel campo dell'ottica che in quello dell'elettronica, e soprattutto dell'informatica per quella fascia di pazienti in età lavorativa che fanno richiesta di maggiore integrazione e di adeguamento degli ambienti di lavoro.

Al fine di migliorare la competenza relativa all'impostazione dei programmi di ricerca, all'individuazione dei target e all'elaborazione dei risultati, si è reso necessario programmare per il 2012 un corso di statistica dell'Università di TorVergata per uno degli operatori del Polo Nazionale.

### ***Convegni***

Anche il 2012 ha visto il coinvolgimento degli operatori del Polo nei più importanti eventi nazionali ed internazionali.

In particolare si sono svolte le seguenti relazioni e/o docenze:

- “Sensibilità al contrasto”, Corso di perfezionamento in Ipovisione e Riabilitazione Visiva –AA 2011-2012- Istituto di Oftalmologia UCSC, Febbraio 2012

- Inquadramento clinico funzionale del paziente ipovedente: acuità visiva lontano e vicino”, Corso di perfezionamento in Iprovisione e Riabilitazione Visiva –AA 2011-2012- Istituto di Oftalmologia UCSC, Febbraio 2012
- “Ausili in ipovisione”, Corso di perfezionamento in Iprovisione e Riabilitazione Visiva –AA 2011-2012- Istituto di Oftalmologia UCSC, Giugno 2012
- “Microperimetria”, Corso di perfezionamento in Iprovisione e Riabilitazione Visiva –AA 2011-2012- Istituto di Oftalmologia UCSC, Giugno 2012
- “Ruolo dell’ortottista”; “ausili in ipovisione” ; “esercizi per pazienti ipovedenti”; “lezioni pratiche di riabilitazione visiva”, Corso di perfezionamento in Iprovisione e Riabilitazione Visiva –AA 2011-2012- Istituto di Oftalmologia UCSC, Gennaio – giugno 2012
- “Scelta dell’ausilio”, 10° Congresso Internazionale Società Oftalmologica Italiana, Milano, Maggio 2012
- “Ausili ottici ed elettronici” , 10° Congresso Internazionale Società Oftalmologica Italiana, Milano, Maggio 2012
- “Il ruolo dell’oculista nel centro di ipovisione”, 10° Congresso Internazionale Società Oftalmologica Italiana, Milano, Maggio 2012
- “Il ruolo dell’ortottista”, 10° Congresso Internazionale Società Oftalmologica Italiana, Milano, Maggio 2012
- “Cosa si intende per riabilitazione visiva. Modello di un Centro di Riabilitazione Visiva”, 10° Congresso Internazionale Società Oftalmologica Italiana, Milano, Maggio 2012
- “Symposium on visual rehabilitation” – “the italian experience”, COS Annual Meeting, Toronto (Canada), Giugno 2012
- “OCT e Microperimetria”, 92° Congresso Nazionale Società Oftalmologica Italiana, Roma, Novembre 2012
- “L’oculista e L’ortottista” – Simposio ASMOOI dal titolo: “la sinergia professionale oculista-ortottista nell’attività clinica quotidiana”, 92° Congresso Nazionale Società Oftalmologica Italiana, Roma, Novembre 2012
- “Come scegliere l’ausilio per vicino” , 92° Congresso Nazionale Società Oftalmologica Italiana, Roma, Novembre 2012
- “Quali ausili prescrivere oggi nell’ipovisione da maculopatia” , 92° Congresso Nazionale Società Oftalmologica Italiana, Roma, Novembre 2012
- “Riabilitazione visiva nella retinite pigmentosa”, 92° Congresso Nazionale Società Oftalmologica Italiana, Roma, Novembre 2012
- “L’Ortottista”, 92° Congresso Nazionale Società Oftalmologica Italiana, Roma, Novembre 2012

- “Ausili in Ipvisione”, Congresso Design Eco-sociale Ordine degli Architetti di Roma, Acquario Romano, Novembre 2012
- “Barriere sensoriali e interazione con l’ambiente”, Congresso Design Eco-sociale Ordine degli Architetti di Roma, Acquario Romano, Novembre 2012
- “Le principali patologie oculari causa di ipovisione”, Congresso Design Eco-sociale Ordine degli Architetti di Roma, Acquario Romano, Novembre 2012
- “Come vede il soggetto ipovedente: dalla patologia all’ambiente”, Congresso Design Eco-sociale Ordine degli Architetti di Roma, Acquario Romano, Novembre 2012
- “Ausili in ipovisione”, Congresso Design Eco-sociale Ordine degli Architetti di Roma, Acquario Romano, Novembre 2012
- “Qualità della Vita del soggetto Ipovedente e aree di intervento”, Congresso Design Eco-sociale Ordine degli Architetti di Roma, Acquario Romano, Novembre 2012
- “Rehabilitation in Ring Scotoma”, Envision Conference, St. Luois, Missouri USA, Settembre 2012
- “Rehabilitative approach with MP1-microperimeter in patients with visual field defects following lesions of the central visual pathways: preliminary results”, Envision Conference, St. Luois, Missouri USA, Settembre 2012
- “Ausili in ipovisione e stimolazione visiva”, Giornata Mondiale della Vista, Istituto Oftalmico, Policl. Umberto I , Roma - Ottobre 2012
- “Aspetti psicologici dell’ipovisione e barriere sensoriali”, Seminario Ipovedenti tra passato e futuro, Università La Sapienza, Roma – Ottobre 2012
- “Aspetti psicologici e psicosociali dell’ipovisione”, Seminario Ipovedenti tra passato e futuro, Università La Sapienza, Roma – Ottobre 2012
- “Ausili in ipovisione”, Seminario Ipovedenti tra passato e futuro, Università La Sapienza, Roma – Ottobre 2012
- “La riabilitazione visiva, nuove metodiche e prospettive” , Seminario Ipovedenti tra passato e futuro, Università La Sapienza, Roma – Ottobre 2012
- Anche per quest’anno sono stati organizzati diversi “stage formativi teorico-pratici” settimanali presso la sede del Polo Nazionale, per garantire a oculisti, ortottisti, psicologi e riabilitatori di formarsi e confrontarsi con il metodo utilizzato e apprendere le ultime innovazioni tecnologico in campo riabilitativo.

### **Riabilitazione dell’età evolutiva**

Nel 2012 si è aperta l’attività del “Centro di Riabilitazione delle Disabilità Visive per soggetti in età pediatrica e adolescenziale” presso la struttura di Santa Marinella. Si tratta di un progetto del Polo Nazionale che si

realizza in collaborazione con l'Ospedale Bambino Gesù di Roma. Da settembre 2012 si è iniziato ad aprire al pubblico la struttura, avviando così l'organizzazione pratica e la composizione di quei processi e procedure che vedranno coinvolti nel tempo oculisti, ortottisti, psicologi, neuropsichiatri infantili, psicomotricisti, logopedisti, tiflogisti e informatici. Alcuni operatori del Polo Nazionale sono stati dislocati presso la struttura di S. Marinella per favorire la formazione degli operatori locali e per operare direttamente in loco.

Sempre durante l'anno 2012 si è dato l'avvio all'attività dell'altro settore dedicato alla riabilitazione in età infantile, e in collaborazione con il Policlinico A. Gemelli - in particolare con il Reparto di neonatologia e di Neuropsichiatria infantile - è stato inaugurato il 13 dicembre 2012 il "Centro di diagnostica e riabilitazione visiva per bambini con deficit plurisensoriali", struttura che da subito ha iniziato a funzionare a pieno ritmo.

I due progetti sono stati fortemente voluti dalla IAPB Italia, per colmare quella necessità di sostegno e riabilitazione visiva dei soggetti della fascia di età evolutiva, servizio carente o numericamente insufficiente nell'area centro-meridionale dell'Italia.

#### ***Certificazione di qualità e Carta dei Servizi***

Il Polo nazionale, seguitando a lavorare per il raggiungimento dell'eccellenza, ha dato al lungo processo della Certificazione di Qualità dei servizi forniti.

Tale certificazione è stata utile per identificare la conformità del processo riabilitativo del Polo Nazionale ad uno standard ufficialmente riconosciuto, ma anche la validità dei percorsi di ricerca e delle offerte formative.

Il percorso della certificazione si prevede che terminerà nel 2013 con l'ottenimento della Certificazione di Sistema secondo i requisiti della norma UNI EN ISO 9001.

#### ***Centro di Collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità***

Sin dalla sua nascita il Polo Nazionale ha avviato una stretta collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per lo sviluppo di programmi per di ricerca sulla prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva.

Durante il 2012 è stato avviato un processo formale di richiesta di riconoscimento del Polo Nazionale come centro di collaborazione dell'OMS per la prevenzione e la riabilitazione visiva .

#### **Advocacy e Networking:**

Tra le attività che hanno visto coinvolto il Polo come interlocutore attivo durante l'anno 2012, possiamo elencare:

- Fornitura di consulenze e contributi ad altri Centri di Ipovisione;

- Contributo tecnico consultivo come membro della “Commissione Nazionale per la Prevenzione della Cecità” del Ministero della Salute, un forum nazionale tra esperti di oftalmologia che ha l’obiettivo di migliorare il sistema sanitario e includere la salute oftalmica nei piani di sviluppo della Sanità italiana;
- Monitoraggio Centri – In collaborazione con Il Ministero della Salute e le Regioni - si è avviato un progetto che prevede la realizzazione di un monitoraggio di tutti i Centri di riabilitazione esistenti sul territorio nazionale, al fine di identificare i maggiori gap e ricercare soluzioni nelle sedi competenti. Il Polo Nazionale svolgerà l’elaborazione dei dati raccolti e l’identificazione delle soluzioni da proporre;
- Supporto al Ministero della Salute nell’analisi dei dati sulle attività della riabilitazione visiva dei centri CERVI effettuate nel 2011;
- Ulteriore implementazione del sito Polo Nazionale ([www.iapb.it/polonazionale](http://www.iapb.it/polonazionale)) come tool di riferimento per la riabilitazione visiva in Italia e tutti gli argomenti a questa correlati. In particolare si segnala la biblioteca scientifica virtuale aperta al pubblico che raccoglie gli articoli scientifici esistenti sul tema di riabilitazione e ipovisione.

**B – PARTE SECONDA:****Attività dei Centri di Riabilitazione visiva anno 2012**

**B.1 Introduzione:** le Regioni che hanno inviato i dati sulle attività svolte nell'anno 2012, sono 19 per un totale di 63 centri di riabilitazione visiva:

1. Valle d'Aosta
2. Piemonte
3. Lombardia
4. Veneto
5. Friuli Venezia Giulia
6. Liguria
7. Emilia Romagna
8. Toscana
9. Marche
10. Umbria
11. Lazio
12. Abruzzo
13. Molise
14. Campania
15. Puglia
16. Basilicata
17. Calabria
18. Sicilia
19. Sardegna

**REGIONE Valle d'Aosta**

NUMERO CENTRI:1

**Ospedale regionale U.Parini-Aosta**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 19-65 anni: 10 casi
- Età >65 anni: 16 casi

Numero totale casi: 26

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente Sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 16 prestazioni
- Solo valutazione diagnostico funzionale:10

**Numero totale prestazioni: 26**

## **REGIONE Piemonte**

NUMERO CENTRI:5

1. Azienda Sanitaria Locale TO-4 Ivrea
2. Azienda Sanitaria Locale Cn-1 Fossano
3. Azienda Sanitaria Locale VC- Vercelli
4. Azienda Sanitaria Locale TO-1 Clinica Oculistica Torino
5. Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria

### **Azienda Sanitaria Locale TO-4 Ivrea**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 27 casi
- Età 19-65 anni: 91 casi
- Età >65 anni: 112 casi

Numero totale casi: 230

#### **Personale:**

Figure professionali assenti:

- Infermiere
- Assistente sociale

Il centro segnala la presenza di:

- 3 terapisti della riabilitazione

Alla voce altro:

- 2 operatori

#### **Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 128
- Orientamento e mobilità: 267
- Utilizzo barra braille:18
- Riabilitazione dell'autonomia:171
- Riabilitazione neuro psicosensoriale:74
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e facilitazioni per la letto-scrittura: 140
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 34
- Altro 21

**Numero prestazioni totali: 853**

Il centro riporta informazioni dettagliate in merito all'organizzazione, al percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo che viene attuato.

**Azienda Sanitaria Locale Cn-1 Fossano**

Tipo di regime: ambulatoriale  
domiciliare

**Centro che segue i pazienti di tutte le fasce d'età****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 107 casi
- Età 19-65 anni: 52 casi
- Età >65 anni: 124 casi

Numero totale casi: 283

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Infermiere
- Assistente sociale

Alla voce altro il centro segnala la presenza di:

- 3 Operatori

Inoltre segnala la presenza di:

- 1 neuropsicomotricista

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 410
- Riabilitazione dell'autonomia: 247
- Solo Valutazione diagnostico funzionale: 21
- Orientamento e Mobilità: 79
- Riabilitazione Neuropsicosensoriale: 73
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e facilitazioni per la letto-scrittura: 717
- Utilizzo barra braille: 97
- Altro: 403

Numero totale prestazioni: 2047

Il centro riporta informazioni dettagliate in merito all'organizzazione, al percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo che viene attuato.

**Azienda Sanitaria Locale VC- Vercelli**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue i pazienti di tutte le fasce d'età****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 43 casi

- Età 19-65 anni: 40 casi
- Età >65 anni: 64 casi

Numero totale casi: 147

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Infermiere
- Assistente sociale

Il centro segnala la presenza di:

- Neuropsicomotricista

Alla voce altro il centro segnala la presenza di:

- 2 Operatori

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 7
- Riabilitazione dell'autonomia: 6
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 94
- Orientamento e Mobilità: 1
- Riabilitazione Neuropsicosensoriale: 9
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e facilitazioni per la letto-scrittura: 8
- Altro: 22

**Numero totale prestazioni: 147**

Il centro riporta informazioni dettagliate in merito all'organizzazione, al percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo che viene attuato.

**Azienda Sanitaria Locale TO-1 Clinica Oculistica Torino**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue i pazienti di tutte le fasce d'età.**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 2097 casi
- Età 19-65 anni: 748 casi
- Età >65 anni: 1103casi

Numero totale dei casi: 3948

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale

Inoltre il centro segnala la presenza di

- 1 neuropsicomotricista
- 2 terapisti della riabilitazione

- 1 Altro

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 2078
- Orientamento e Mobilità: 141
- Riabilitazione dell'autonomia: 101
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 4083
- Riabilitazione Neuropsicosensoriale: 264
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e facilitazioni per la letto-scrittura: 551
- Altro : 868

Numero totale prestazioni: 8086

Il centro riporta informazioni dettagliate in merito all'organizzazione, al percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo che viene attuato.

**Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria**

Tipo di regime: ambulatoriale

Centro che segue i pazienti di tutte le fasce d'età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 60 casi
- Età 19-65 anni: 137 casi
- Età >65 anni: 133 casi

Numero totale dei casi: 330

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale
- Infermiere

Inoltre viene segnalata la presenza di:

- 1 altro

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 140
- Orientamento e Mobilità: 320
- Barra Braille: 280
- Solo Valutazione diagnostico funzionale: 180
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e facilitazioni per la letto-scrittura:304
- Riabilitazione neuro psicosensoriale:260
- Altro: 150

**Numero totale prestazioni:1634**

Il centro riporta informazioni dettagliate in merito all'organizzazione, al percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo che viene attuato.

**REGIONE Lombardia**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 12

1. A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi-Varese
2. A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo
3. A.O. Istituti Ospitalieri- Cremona
4. IRCCS E. Medea-Bosisio Parini –LC
5. Presidio Ospedaliero- Vizzolo Predabissi –Melegnano- MI
6. IRCCS Ist.Neurologico C.Mondino-Pavia
7. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico- Milano
8. A.O. San Paolo –Milano
9. Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova
10. Centro Ipovisione Spedali Civili Brescia
11. Ospedale Sant'Anna Como
12. Centro Ipovisione Fondazione Maugeri Pavia

**A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi-Varese**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 14 casi
- Età 19-65 anni: 45 casi
- Età >65 anni: 227 casi

Numero totale: 286 soggetti

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Infermiere

Inserisce un operatore nella voce ALTRO:

- 1 Operatore

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva + riabilitazione dell'autonomia: 1821

**Numero totale prestazioni:1821**

**A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 213 casi
- Età 19-65 anni: 68 casi
- Età >65 anni: 94casi

Numero totale casi: 375

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale

Alla voce altro il centro segnala la presenza di:

- Tecnico informatico
- Istruttore di O/M
- Pediatra sindromologo

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 262
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura:27
- Riabilitazione neuropsicosensoriale:51
- Orientamento e mobilità:32
- Solo Valutazione diagnostico Funzioanle: 1

Numero totale prestazioni: 383

**A.O. Istituti Ospitalieri- Cremona**

Tipo di regime: ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 2 casi
- Età 19-65 anni: 7 casi
- Età >65 anni: 12 casi
- 

Numero totale casi: 21

**Personale:**

Figure professionali assenti:

Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva : 4
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 13
- Solo Valutazione diagnostico funzionale: 4

Numero totale prestazioni: 40

**IRCCS E. Medea-Bosisio Parini -LC**

Tipo di regime:  
ambulatoriale,  
ricovero ospedaliero regime ordinario,  
ricovero ospedaliero regime DH

Centro che segue pazienti prevalentemente dai 0 ai 18 anni

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 303 casi
- Età 19-65 anni: 15 casi
- Età >65 anni: 10 casi

Numero totale casi: 328

**Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti:

- Assistente sociale

Alla voce altro il centro segnala la presenza di:

- 3 Operatrice Ipovisione Esperto ausili NPI
- 2 Pedagogista Tiflogo
- 1 Neuropsicomotricista dell'età evolutiva

**Prestazioni effettuate:**

- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 56
- Riabilitazione neuro psicosensoriale: 292
- Valutazione diagnostica non seguita da altri interventi: 3444

**Numero totale prestazioni: 3890**

**Presidio Ospedaliero- Vizzolo Predabissi -Melegnano- MI**

Tipo di regime: ambulatoriale  
Domiciliare

**Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 163 casi
- Età 19-65 anni: 62 casi
- Età >65 anni: 95 casi

Numero totale casi: 320

**Personale:**

Le Figure professionali sono tutte presenti

Alla voce altro il centro segnala la presenza di:

- Tifologo
- Ottico

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 573
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 254
- Valutazione diagnostica non seguita da altri interventi: 32

**Numero totale prestazioni: 871**

**IRCCS Ist.Neurologico C. Mondino-Pavia**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Ricovero ospedaliero regime ordinario

Ricovero ospedaliero regime DH

Ricovero riabilitativo

**Centro che segue pazienti esclusivamente in età evolutiva**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 906 casi

**Personale: (il centro riferisce che i dati sono invariati rispetto all'anno precedente)**

**Prestazioni effettuate:**

- Orientamento & Mobilità: 223
- Valutazione diagnostica non seguita da altri interventi: 259
- Riabilitazione neuropsicosensoriale: 3122
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 297
- Riabilitazione dell'autonomia: 322
- Altro: 262

Numero totale prestazioni: 4485

**Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico- Milano**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 15 casi
- Età 19-65 anni: 43 casi
- Età >65 anni: 117 casi

**Numero totale casi: 175**

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva : 467

Numero totale prestazioni: 478

**A.O. San Paolo –Milano**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Ricovero ospedaliero regime DH

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 6 casi
- Età 19-65 anni: 107 casi
- Età >65 anni: 239 casi

**Numero totale dei casi:352****Personale: (il centro riferisce che i dati sono invariati rispetto all'anno precedente)****Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 1135
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 31
- Riabilitazione dell'autonomia: 5
- Riabilitazione visiva + Riabilitazione dell'autonomia:64
- Altro: 382

Numero totale prestazioni: 1631

**A.O. Ospedaliera di Mantova**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 7 casi
- Età 19-65 anni: 41 casi
- Età >65 anni: 56 casi

Numero totale casi: 104

**Personale:**

Le Figure professionali sono tutte presenti

**Prestazioni effettuate:**

- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 22
- Valutazione diagnostica non seguita da altri interventi: 148

**Numero totale prestazioni: 171**

**Centro Ipovisione Spedali Civili Brescia**

Tipo di regime: Ambulatoriale

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 8 casi
- Età 19-65 anni: 82 casi
- Età >65 anni: 219 casi

**Numero totale dei casi:309**

**Personale: (il centro riferisce che i dati sono invariati rispetto all'anno precedente)**

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 12
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 468
- Valutazione diagnostica non seguita da altri interventi: 13
- Riabilitazione visiva + Riabilitazione dell'autonomia: 34

Numero totale prestazioni: 527

**Ospedale Sant'Anna Como**

Tipo di regime: Ambulatoriale

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 1 casi
- Età 19-65 anni: 34 casi
- Età >65 anni: 88 casi

**Numero totale dei casi:123**

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Infermiere
- Assistente Sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 134
- Valutazione diagnostica non seguita da altri interventi: 51
- Altro: 20

Numero totale prestazioni: 205

**Centro Ipovisione Fondazione Maugeri Pavia**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Ricovero

Domiciliare

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 4 casi
- Età 19-65 anni: 50 casi
- Età >65 anni: 95 casi

**Numero totale dei casi:149**

**Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di:

- 1 OTA
- 1 Istruttore O&M

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 168
- Orientamento e mobilità 137
- Orientamento e Mobilità + Riabilitazione visiva: 45
- Orientamento e Mobilità + Riabilitazione visiva+ riabilitazione dell'autonomia: 337
- Orientamento e Mobilità + riabilitazione dell'autonomia: 134

**Numero totale prestazioni: 838**

**REGIONE Veneto**

La regione segnala NUMERO CENTRI:4

1. CRS per l'Ipovisione Infantile e dell'Età Evolutiva- Padova
2. Centro regionale specializzato Retinite Pigmentosa- Ospedale di Camposampiero- Padova
3. Centro regionale specializzato per l'otticopatia glaucoma tosa e la Retinopatia Diabetica- Bassano del grappa (VI)
4. Centro di Riabilitazione visiva degli ipovedenti U.O.C. di oculistica dell' Ospedale S.Antonio- Padova

**CRS per l'Ipovisione Infantile e dell'Età Evolutiva- Padova**

Tipo di regime: Ambulatoriale  
Day Hospital  
Ricovero

**Centro che segue pazienti prevalentemente in età evolutiva**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 974 casi

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Infermiere

Alla voce altro il centro segnala la presenza di:

- 1 psicologo tirocinante
- 1 statistico
- 1 pediatra epidemiologo
- 1 terapista della riabilitazione
- 1 tiflogo
- Operatore socio-sanitario

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 2937
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 1598
- Riabilitazione neuro psicosensoriale: 1599
- Altro: Piani riabilitativi personalizzati per l'attività scolastica/certificazioni: 556

**Numero totale prestazioni: 6741**

Il centro allega relazione delle attività 2012 in materia di:

- prevenzione
- assessment diagnostico funzionale
- cura e riabilitazione visiva
- reinserimento comunitario (integrazione scolastica)

**Centro regionale specializzato Retinite Pigmentosa- Ospedale di Camposampiero- Padova**

Tipo di regime: Ambulatoriale

**Centro che segue pazienti di prevalentemente adulti**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 58 casi
- Età 19-65 anni: 271 casi
- Età >65 anni: 74 casi

N° totale casi: 395

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologi
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 295
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 87
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 113
- Altro: Colloquio informativo e/o Medico legale: 391

**Numero totale prestazioni effettuate: 904****Centro regionale specializzato per l'otticopatia glaucoma tosa e la Retinopatia Diabetica- Bassano del grappa (VI)**

Tipo di regime: ambulatoriale

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 17 casi
- Età 19-65 anni: 715 casi
- Età >65 anni: 1311 casi

N° totale casi: 2043

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di 1 operatore di segreteria

**Prestazioni effettuate:****Numero totale prestazioni effettuate: 2542****Centro di Riabilitazione visiva degli ipovedenti U.O.C. di oculistica dell' Ospedale S. Antonio- Padova**Tipo di regime: Ambulatoriale  
Domiciliare**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 7 casi
- Età 19-65 anni: 283 casi

- Età >65 anni: 435 casi

**Numero totale dei casi:****Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale
- Infermiere

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di 2 operatori

- Tecnico di Orientamento e Mobilità
- Segretaria

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 1219
- Orientamento e Mobilità: 90
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 1415
- Voce ALTRO: 2081

**Numero totale prestazioni: 4805**

**REGIONE Friuli-Venezia-Giulia**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 2

1. Istituto Regionale Rittmeyer per i ciechi - Trieste
2. Associazione La Nostra Famiglia - Pordenone

**Istituto Regionale Rittmeyer per i ciechi - Trieste**

Tipo di regime: Ambulatoriale  
Domiciliare  
Semiresidenziale  
Residenziale

**Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 175 casi
- Età 19-65 anni: 134 casi
- Età >65 anni: 199 casi

Per un **totale** di casi 508

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Ortottista
- Assistente sociale

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di 2 operatori

- Neuropsicomotricista
- Terapista della riabilitazione

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di 19 operatori

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 915
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 524
- Orientamento e Mobilità: 501
- Utilizzo Barra Braille: 268
- Riabilitazione neuro psicosensoriale: 972
- Riabilitazione dell'autonomia: 549

**Totale prestazioni effettuate: 3877**

**Associazione La Nostra Famiglia- Pordenone**

Tipo di regime: Ambulatoriale  
Semiresidenziale  
Residenziale

**Centro che segue pazienti prevalentemente in età evolutiva**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 79 casi
- Età 19-65 anni: 8 casi

**Totale N° casi : 87**

**Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di:

- 5 operatori

Inoltre 15 terapisti della riabilitazione e 3 Neuropsicomotricisti.

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 962
- Orientamento e Mobilità: 1854
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 185
- Riabilitazione dell'autonomia: 537
- Riabilitazione neuro psicosensoriale: 970

**Numero totale prestazioni: 4508**

**REGIONE Liguria**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 4

1. Istituto David Chiossone (Genova)
2. Ospedale- Imperia
3. CENTRO IPOVISIONE - Clinica Oculistica - DiNOG Università di Genova - IRCCS Az. Ospedaliera Universitaria San Martino

#### 4. U.O. Oculistica/ Ambulatorio Ospedale San Paolo Savona

La regione allega documentazione sul resoconto del programma annuale per la prevenzione della cecità e dei Centri di Educazione e Riabilitazione Visiva esistenti in Liguria realizzate nell'anno 2012

#### **Istituto David Chiossone**

##### **Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età**

##### **Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18: 218 casi
- Età 19-65 anni: 105 casi
- Età >65 anni: 87 casi

**Numero totale dei casi: 410**

##### **Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti:

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di:

- 3 Neuropsicomotricisti
- 17 terapisti della riabilitazione
- 10 operatori (non è stata specificata la qualifica)

##### **Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 7592
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 6315
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 431
- Orientamento e Mobilità: 8087
- Riabilitazione dell'autonomia: 3607
- Riabilitazione neuropsicosensoriale: 6139
- Altro: 3443

**Numero totale prestazioni: 35614**

#### **Ospedale- Imperia**

##### **Centro che segue pazienti prevalentemente adulti**

##### **Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 19-65 anni: 8 casi
- Età >65 anni: 30 casi

**Numero totale dei casi: 38**

##### **Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Infermiere

- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 18
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 20

**Numero totale prestazioni: 38**

**CENTRO IPOVISIONE - Clinica Oculistica - DiNOG Università di Genova - IRCCS Az. Ospedaliera Universitaria San Martino**

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 19-65 anni: 12 casi
- Età >65 anni: 57 casi

**Numero totale casi: 69**

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Infermiere
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 21
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 48

**Numero totale prestazioni: 69**

**U.O. Oculistica/ Ambulatorio Oft. Ospedale San Paolo Savona**

**Centro che segue pazienti prevalentemente adulti**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 19-65 anni: 16 casi
- Età >65 anni: 181 casi

**Numero totale casi: 197**

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 15
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 91

- Altro: 106

**Numero totale prestazioni: 212**

**REGIONE Emilia Romagna:**

1. Centro Ipovisione ASL di Cesena Forli
2. Centro Ipovisione Azienda Ospedaliera Università di Bologna
3. Centro Ipovisione ASL di Piacenza
4. Centro Ipovisione ASL di Rimini

**Centro Ipovisione ASL di Cesena Forli**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:  
Non Riportato**

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di:

- 1 operatore (non è stata specificata la qualifica)

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 201
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 48
- Riabilitazione Neuropsicosensoriale: 45
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 13
- Altro: 29

**Numero totale prestazioni: 339**

**Centro Ipovisione Azienda Ospedaliera Università di Bologna**

**Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età**

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18: 20 casi
- Età 19-65 anni: 220 casi
- Età >65 anni: 170 casi

**Numero totale casi: 410**

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Ortottista

**Prestazioni effettuate:****Numero totale prestazioni: 480****Centro Ipovisione ASL di Piacenza****Centro che segue pazienti prevalentemente adulti****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18: 20 casi
- Età 19-65 anni: 36 casi
- Età >65 anni: 151 casi

**Numero totale casi: 207****Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Infermiere
- Assistente sociale
- 

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di:

- 1 Operatore

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 281
- Orientamento e Mobilità: 317
- Riabilitazione dell'autonomia: 233
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 164
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 260
- Altro: 52

**Numero totale prestazioni: 1353****Centro Ipovisione ASL di Rimini****Centro che segue pazienti prevalentemente adulti****Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18: 38 casi
- Età 19-65 anni: 16 casi
- Età >65 anni: 87 casi

**Numero totale casi: 141****Personale:**

Figure professionali sono tutte presenti.

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di:

- 1 Istruttore Orientamento e Mobilità

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 209
- Orientamento e Mobilità: 20
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 147
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 55

**Numero totale prestazioni: 431**

**REGIONE Toscana**

La regione segnala NUMERO CENTRI:2

1. Centro Regionale per l'Educazione e la Riabilitazione Visiva- Firenze
2. I.Ri.Fo.R. Istituto per la ricerca la formazione e la riabilitazione visiva di Pisa

**Centro Regionale per l'Educazione e la Riabilitazione Visiva- Firenze**

Tipo di regime:Ambulatoriale  
Domiciliare

Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 159 casi
- Età 19-65 anni: 160 casi
- Età >65 anni: 281 casi

**Numero totale casi: 600**

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale
- Infermiere

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di:

- Neuropsicomotricista
- N°3 terapisti riabilitazione
- 

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 1264
- Riabilitazione dell'autonomia: 590
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 608
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 1303
- Orientamento e Mobilità: 773
- Riabilitazione neuro psicosensoriale: 1766

**Numero totale prestazioni: 6327**

**I.Ri.Fo.R. Istituto per la ricerca la formazione e la riabilitazione visiva di Pisa**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 349 casi
- Età 19-65 anni: 316 casi
- Età >65 anni: 619 casi

Numero totale dei casi: 1284

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale

Alla voce ALTRO il centro segnala la presenza di:

- 12 Terapisti della riabilitazione

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 115
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 752
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 1114
- Orientamento e Mobilità: 315
- Riabilitazione dell'autonomia: 183
- Riabilitazione Neuropsicosensoriale: 1603

Numero totale prestazioni: 4082

**REGIONE Marche**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 1

1. Centro Ipovisione "S.O. di Oftalmologia pediatrica" Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione "G. Salesi" Ancona

**Centro Ipovisione "S.O. di Oftalmologia pediatrica" Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione "G. Salesi" Ancona**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Day Hospital  
Ricovero

Centro che segue pazienti prevalentemente pediatrici

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 165 casi
- Età 19-65 anni: 100 casi

Numero totale dei casi: 265 casi

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- infermiere

Il centro segnala la presenza di:

- 2 Neuropsichiatri infantili
- 2 Fisioterapisti

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 154
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 15
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 389

**Numero totale prestazioni: 558**

**REGIONE Umbria**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 2

2. Centro Ipovisione dell'Azienda ospedaliera-Universitaria di Perugia
3. Centro Ipovisione-ASL 4 TERNI u.o.Oftalmologia Territoriale

**Centro Ipovisione dell'Azienda ospedaliera-Universitaria di Perugia**

Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 32 casi
- Età 19-65 anni: 255 casi
- Età >65 anni: 95 casi

N° Totale casi: 382

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 41
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 210
- Valutazione diagnostico-funzionale non seguita da altri interventi: 131

**N° Totale prestazioni: 382**

**Centro Ipovisione-ASL 4 TERNI u.o.Oftalmologia Territoriale**

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età >65 anni: 2 casi

N° Totale casi :

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 2
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 14

**Numero totale Prestazioni: 16**

**REGIONE Lazio**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 2

1. CRV Università Tor Vergata – U.O. di Oftalmologia
2. CRV Ospedale C.T.O. A. Alesini – Azienda usl RM C

**CRV Università Tor Vergata – U.O. di Oftalmologia**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 1 casi
- Età 19-65 anni: 15 casi
- Età >65 anni: 84 casi

**Numero totale casi: 100**

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Infermiere

Il centro segnala la presenza di:

- 1 operatore

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 787
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 484

- Riabilitazione dell'autonomia: 348
- Riabilitazione ortottica: 477
- Riabilitazione neuropsicosensoriale: 70
- Altro: 322

**Numero totale prestazioni: 2493**

### **CRV Ospedale C.T.O. A. Alesini – Azienda usl RM C**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

#### **Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 19-65 anni: 4 casi
- Età >65 anni: 17 casi

N° totale casi: 21

#### **Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

#### **Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 121

**Numero totale prestazioni: 121**

### **REGIONE Abruzzo**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 4

1. Centro di ipovisione Clinica Oculistica Policlinico di Chieti
2. San Salvatore - ASL N. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila
3. Centro Ipovisione e Riabilitazione Visiva presso U.O. Oculistica - O.C. Pescara
4. Clinica Oftalmologica Polo Regionale Ipovisione/S.S. Annunziata Chieti

### **Centro di ipovisione Clinica Oculistica Policlinico di Chieti**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

#### **Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 12 casi
- Età 19-65 anni: 150 casi
- Età >65 anni: 140 casi

**Numero totale casi: 302****Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura : 56
- Riabilitazione neuropsicosensoriale: 150
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 254

**Numero totale prestazioni: 460****San Salvatore - ASL N. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 5 casi
- Età 19-65 anni: 63 casi
- Età >65 anni: 890 casi

Numero totale dei casi: 958

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 10265
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 790
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 248

**Numero totale prestazioni: 11303****Centro Ipovisione e Riabilitazione Visiva presso U.O. Oculistica - O.C. Pescara**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 48 casi
- Età 19-65 anni: 456 casi

- Età >65 anni: 715 casi

Numero totale dei casi: 1219

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Infermiere
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 89
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 1130

**Numero totale prestazioni: 1219**

**Clinica Oftalmologica Polo Regionale Ipovisione/S.S. Annunziata Chieti**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 18 casi
- Età 19-65 anni: 23 casi
- Età >65 anni: 154 casi

Numero totale dei casi: 195

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Infermiere
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 447
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 41
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 303

**Numero totale prestazioni: 791**

**REGIONE Molise**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 1

1. Centro Ipovisione presso U.O. di Oculistica del Presidio Ospedaliero "Antonio Cardarelli" di Campobasso

**Centro Ipovisione presso U.O. di Oculistica del Presidio Ospedaliero "Antonio Cardarelli" di Campobasso**

**Tipo di regime: Ambulatoriale**

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 19-65 anni: 11 casi
- Età >65 anni: 27 casi

Numero totale casi: 38

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale
- Psicologo

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 18
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 27
- Solo valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi: 73
- Altro: 15

**Numero totale prestazioni: 133**

**REGIONE Campania**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 4

1. Centro regionale per la prevenzione e la riabilitazione della cecità infantile  
Il Divisione - Dipartimento di Oftalmologia - Seconda Università degli Studi di Napoli
2. Centro di Ipovisione presso A. O. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta
3. Centro di Riabilitazione Australia A.S.L. Avellino
4. A.O "G. Rummo" Benevento

**Centro regionale per la prevenzione e la riabilitazione della cecità infantile  
Il Divisione - Dipartimento di Oftalmologia - Seconda Università degli Studi di Napoli****Tipo di regime: Ambulatoriale**

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 218 casi
- Età 19-65 anni: 134 casi
- Età >65 anni: 59 casi

Numero totale casi: 411

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale
- Infermiere

Alla voce altro il centro segnala la presenza di:

- 1 Operatore

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 83
- Orientamento e mobilità: 96
- Riabilitazione dell'autonomia: 139
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 67
- Riabilitazione neuropsicosensoriale: 92
- Solo valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi: 53
- Altro: 192

**Numero totale prestazione: 712****Centro di Iprovisione presso A. O. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 3 casi
- Età 19-65 anni: 45 casi
- Età >65 anni: 58 casi

Numero totale casi: 106

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale
- Infermiere

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 17
- Valutazione diagnostica Funzionale non seguita da altri interventi: 89

**Numero totale prestazioni: 106****Centro di Riabilitazione Australia A.S.L. Avellino**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti in età pediatrica

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 7 casi
- Età 19-65 anni: 10 casi

Numero totale casi: 17

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Assistente sociale

Alla voce Altro risultano:

- 1 Terapista della riabilitazione
- 1 Fisiatra
- 1 Neuropsicomotricista dell'età evolutiva

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione dell'autonomia: 10
- Riabilitazione neuropsicosensoriale: 7
- Riabilitazione visiva: 7

**Numero totale prestazioni: 24**

**Centro di Ipvovione presso A. O. "G. Rummo" di Benevento**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 6 casi
- Età 19-65 anni: 35 casi
- Età >65 anni: 39 casi

Numero totale casi: 80

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale

Alla voce Altro risultano:

- 1 operatore

**Prestazioni effettuate:**

- Orientamento e Mobilità: 80
- Riabilitazione dell'autonomia: 80
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 80
- Riabilitazione neuropsicosensoriale: 19

- Riabilitazione visiva: 80
- Valutazione diagnostica Funzionale non seguita da altri interventi: 80

**Numero totale prestazioni: 419**

### **REGIONE Basilicata**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 1

1. Centro regionale di prevenzione e riabilitazione visiva- Potenza

#### **Centro regionale di prevenzione e riabilitazione visiva- Potenza**

Tipo di regime: Ambulatoriale  
Domiciliare

Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età

#### **Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 212 casi
- Età 19-65 anni: 1310 casi
- Età >65 anni: 65 casi

Numero totale casi: 1587

#### **Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti

Alla voce ALTRO vengono inserite 7 figure professionali

#### **Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 553
- Orientamento e mobilità: 101
- Utilizzo barra braille: 39
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 123
- Altro: 1428

**Numero totale prestazioni: 2244**

### **REGIONE Puglia**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 1

1. Centro di riabilitazione visiva Policlinico Bari

Centro di riabilitazione visiva Policlinico Bari

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 4 casi
- Età 19-65 anni: 66 casi
- Età >65 anni: 57 casi

Numero totale casi: 127

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Psicologo
- Infermiere
- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 608
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 208
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 170

**Numero totale prestazioni: 986**

**REGIONE Calabria**

La regione segnala NUMERO CENTRI: 1

1. UO OCULISTICA REGIONALE DI IPOVISIONE AO MATER DOMINI CZ

**U.O. Oculistica regionale di Ipovisione AO Mater Domini(CZ)**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 107 casi
- Età 19-65 anni: 750 casi
- Età >65 anni: 605 casi

Numero totale casi: 1462

**Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale

Nella voce Altro viene segnalata la presenza di:

- 2 Dottorandi

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 560
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 460
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 1314

**Numero totale prestazioni:2384**

Il centro allega relazione sulle attività 2012 che riporta i seguenti progetti:

- Screening della retinopatia diabetica ai fini della riabilitazione visiva (II anno attività)
- Screening della degenerazione maculare legata all'età (DMLE) ed efficacia terapeutica (II anno attività)
- Screening dell'ambliopia e dei vizi di refrazione in età evolutiva
- Efficacia terapeutica e Riabilitativa in pazienti affetti da edema maculare sottoposti a trattamento con desametasone

## **REGIONE Sicilia**

La regione segnala NUMERO CENTRI:11

1. U.I.C. Sez. Prov.le Agrigento
2. U.I.C. Sez. Prov.le Catania
3. U.I.C. Cons. Reg. Catania
4. U.I.C. Sez. Prov.le Enna
5. U.I.C. Sez. Prov.le Trapani
6. U.I.C. Sez. Prov.le Siracusa
7. U.I.C. Sez. Prov.le Messina
8. U.I.C. Sez. Prov.le Caltanissetta
9. U.I.C. Sez. Prov.le Ragusa
10. U.I.C. Sez. Prov.le Palermo
11. Centro di Ipovisione visiva ARIS-Palermo

### **U.I.C. Sez. Prov.le Agrigento, Via Imera 280 Agrigento**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Domiciliare

U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 1437 casi
- Età 19-65 anni: 489 casi
- Età >65 anni: 116 casi

**Numero totale casi: 2042****Personale:**

Figure professionali assenti:

- Assistente sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva 432
- Solo valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi 91
- Screening oculistico condotto su U.M.O 1938

**Numero totale prestazioni: 2461****U.I.C. Sez. Prov.le Catania, Via Battista Grassi 280 Catania**

Tipo di regime: Ambulatoriale

U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 9340casi
- Età 19-65 anni: 1594 casi
- Età >65 anni: 2225 casi

**Numero totale casi: 13159****Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti

Alla voce Altro il centro segna la presenza di:

- 1 Neuropsichiatra
- 2 Terapisti della riabilitazione/ Orientamento e Mobilità
- 1 Fisiatra

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 2181
- Orientamento e Mobilità: 1248
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 2925
- Solo valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi: 11620
- Screening oculistico condotto su U.M.O. 843
- Riabilitazione dell'autonomia: 1080

**Numero totale prestazioni: 19897****U.I.C. Cons. Reg. Catania, Via Carmelo Abate N. 5 Catania**

Tipo di regime:

U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti di tutte le età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 1959 casi
- Età 19-65 anni: 471 casi
- Età >65 anni: 154 casi

**Numero totale casi: 2584****Personale:**

Le figure professionali assenti sono:

- Psicologo
- Ortottista
- Infermiere
- Assistente Sociale

Alla voce Altro il centro segna la presenza di:

- 2 autisti UMO

**Prestazioni effettuate:**

- Screening oculistico condotto su U.M.O. 2584

**Numero totale prestazioni: 2584****U.I.C. Sez. Prov.le Enna, Via Manzoni 333 Enna**Tipo di regime: Ambulatoriale  
U.M.O.

Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 1160 casi
- Età 19-65 anni: 1656 casi
- Età >65 anni: 1870 casi

**Numero totale casi: 4686****Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 292
- Solo valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi: 3627
- Valutazione diagnostico funzionale seguita da altri interventi: 1644
- Riabilitazione neuro psicosensoriale: 274
- Screening oculistico condotto su UMO: 190

**Numero totale prestazioni: 6074****U.I.C. Sez. Prov.le Messina, Via S. Cecilia 115 Messina**

Tipo di regime: Ambulatoriale  
U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti di tutte le età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 1052 casi
- Età 19-65 anni: 637 casi
- Età >65 anni: 631 casi

**Numero totale casi: 2320**

**Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti

Alla voce Altro il centro segnala la presenza di:

- 1 Pedagogista
- 1 Amministrativo

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva 431
- Utilizzo Barra braille: 145
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 170
- Riabilitazione dell'autonomia: 109
- Solo valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi: 1234
- Orientamento e Mobilità: 220
- Screening oculistico condotto su UMO: 1198

**Numero totale prestazioni: 3507**

**U.I.C. Sez. Prov.le Trapani**

Tipo di regime: Ambulatoriale  
U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti di tutte le età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 798 casi
- Età 19-65 anni: 241 casi
- Età >65 anni: 60 casi

**Numero totale casi: 1099**

**Personale:**

Le figure professionali assenti sono:

- Psicologo
- Ortottista
- Infermiere
- Assistente Sociale

**Prestazioni effettuate:**

- Screening oculistico condotto su UMO: 1999

**Numero totale prestazioni: 1999****U.I.C. Sez. Prov.le Siracusa**

Tipo di regime: Ambulatoriale

U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti di tutte le età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 798 casi
- Età 19-65 anni: 397 casi
- Età >65 anni: 90 casi

**Numero totale casi: 1285****Personale:**

Le figure professionali assenti sono:

- Psicologo
- Ortottista
- Infermiere

**Prestazioni effettuate:**

- Solo valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi: 1285

**Numero totale prestazioni: 1285****U.I.C. Sez. Prov.le Caltanissetta**

Tipo di regime: Ambulatoriale

U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti di tutte le età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 886 casi
- Età 19-65 anni: 683 casi
- Età >65 anni: 322 casi

**Numero totale casi: 1891****Personale:**

Le figure professionali assenti sono:

- Psicologo
- Ortottista
- Infermiere

**Prestazioni effettuate:**

- Screening oculistico effettuato nella sede sociale: 35
- Screening oculistico su UMO: 1856

**Numero totale prestazioni: 1891****U.I.C. Sez. Prov.le Ragusa**

Tipo di regime: Ambulatoriale

U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti di tutte le età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 1702 casi
- Età 19-65 anni: 1388 casi
- Età >65 anni: 609 casi

**Numero totale casi: 3699****Personale:**

Le figure professionali assenti sono:

- Psicologo
- Infermiere

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 177
- Valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi: 2564
- Valutazione diagnostico funzionale seguita da altri interventi: 159
- Screening oculistico su UMO: 1135

**Numero totale prestazioni: 4035****U.I.C. Sez. Prov.le Palermo**

Tipo di regime: Ambulatoriale

U.M.O. (Unità Mobile Oftalmica)

Centro che segue pazienti di tutte le età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 863 casi
- Età 19-65 anni: 1053 casi
- Età >65 anni: 359 casi

**Numero totale casi: 2275****Personale:**

Le figure professionali assenti sono:

- Psicologo
- Infermiere

**Prestazioni effettuate:****Numero totale prestazioni:**

- Valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi: 2275

**Centro di Ipovisione visiva ARIS-Palermo**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti di tutte le fasce d'età

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 44 casi
- Età 19-65 anni: 52 casi
- Età >65 anni: 91 casi

**Numero totale casi: 187**

**Personale:**

Tutte le figure professionali sono presenti.

Alla voce Altro il centro segnala la presenza di:

- 3 Segretari/e
- 1 Coordinamento

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura
- Riabilitazione ortottica
- Orientamento e mobilità

**Numero totale prestazioni: 389**

**REGIONE Sardegna**

La regione segnala NUMERO CENTRI:1

1. Azienda ospedaliera "G. Brotzu", piazzale A Ricchi, 1 Cagliari

**Azienda ospedaliera "G. Brotzu", piazzale A Ricchi, 1 Cagliari**

Tipo di regime: Ambulatoriale

Centro che segue pazienti prevalentemente adulti

**Distribuzione dei casi per fascia d'età:**

- Età 0-18 anni: 14 casi
- Età 19-65 anni: 65 casi
- Età >65 anni: 55 casi

**Numero totale casi: 134****Personale:**

Figure professionali assenti:

- Oculista
- Assistente sociale
- Infermiere

**Prestazioni effettuate:**

- Riabilitazione visiva: 143
- Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura: 33
- Solo valutazione diagnostico funzionale: 147
- Riabilitazione neuro psicosensoriale: 85
- Tipologia ALTRO Attività psicologica individuale/ gruppo: 339

**Numero totale prestazioni: 747**

**N.B.** Per ogni centro sono state riportate le prestazioni più significative.

Non tutti i centri hanno riportato il tipo di regime di assistenza; dunque, per alcuni centri è stato riportato il dato riferito l'anno precedente.

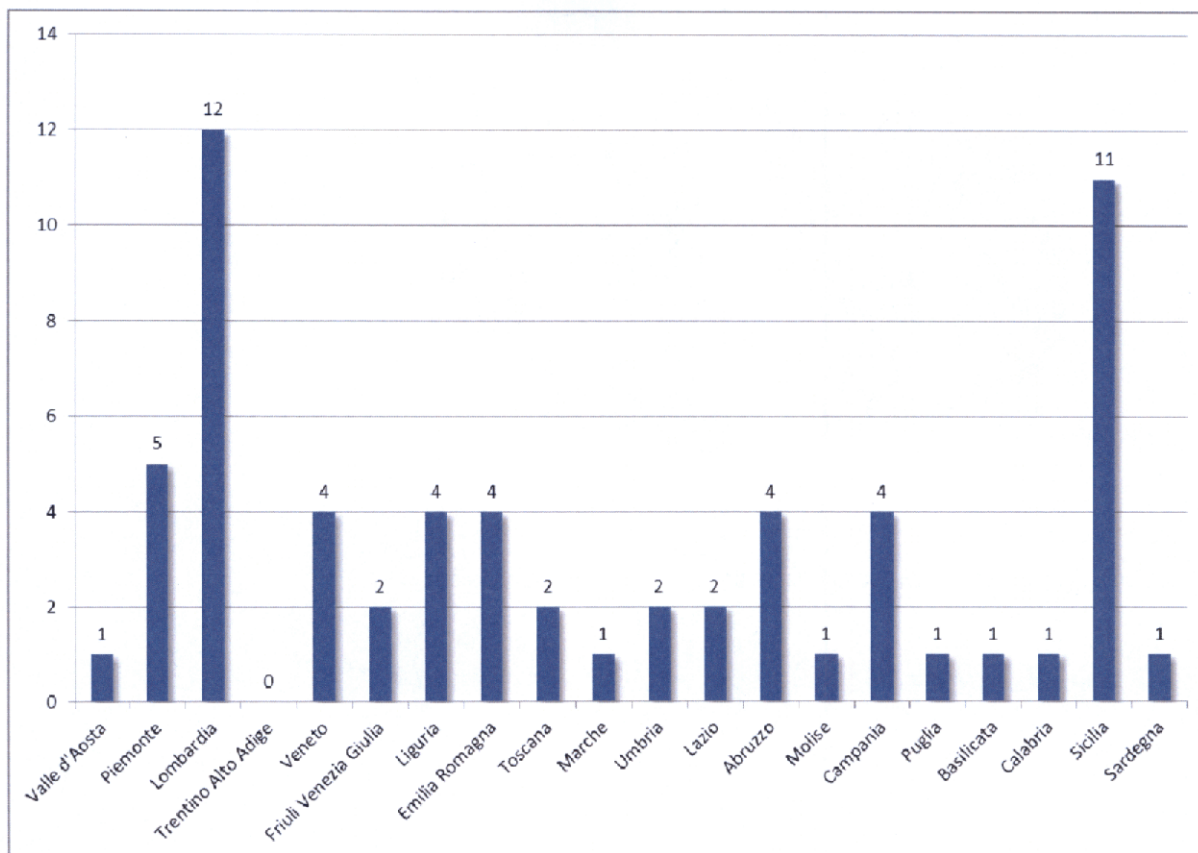


Grafico 1 Numero di centri di riabilitazione visiva per ogni regione

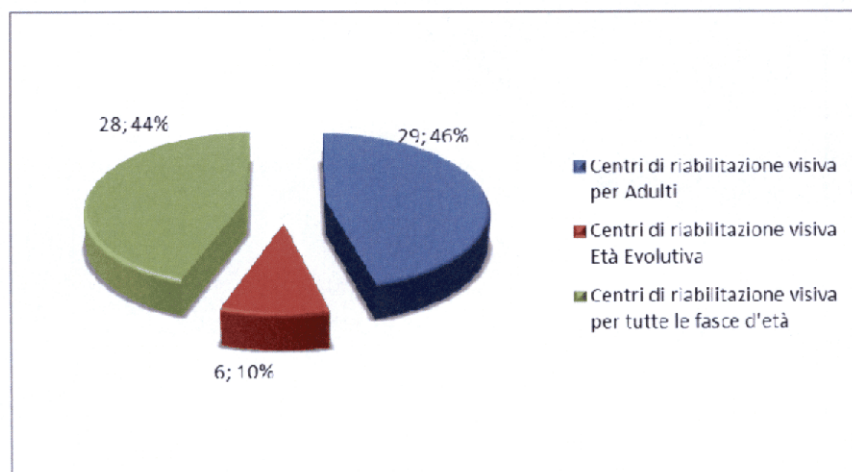


Grafico 1bis. Numero di centri per fascia d'età dei pazienti

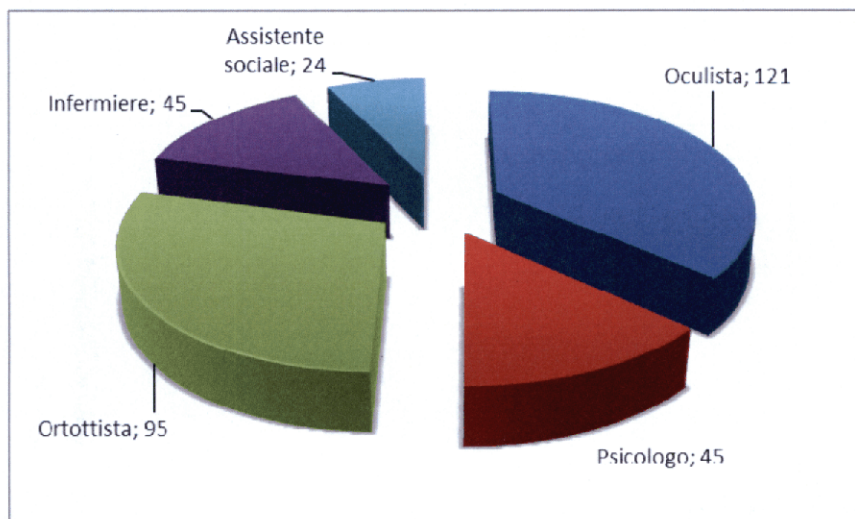


Grafico 2 Figure professionali operanti nei centri regionali di riabilitazione visiva

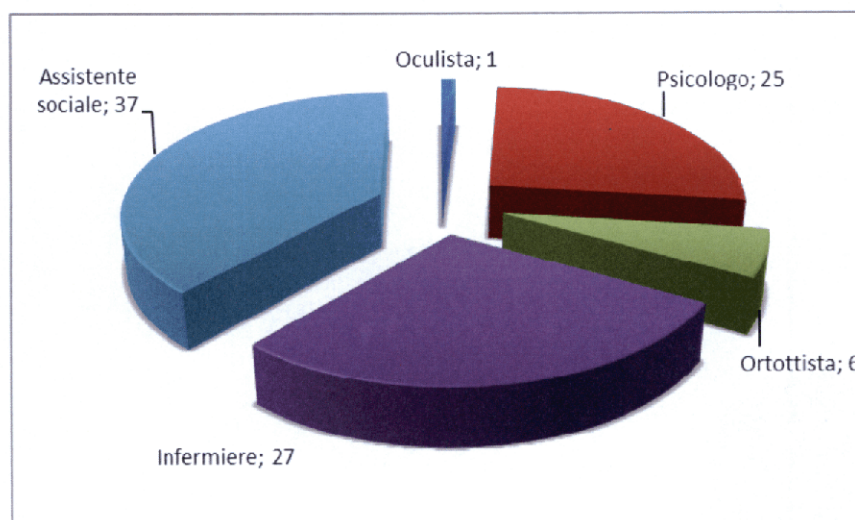


Grafico 3 Figure professionali assenti per i centri di riabilitazione visiva

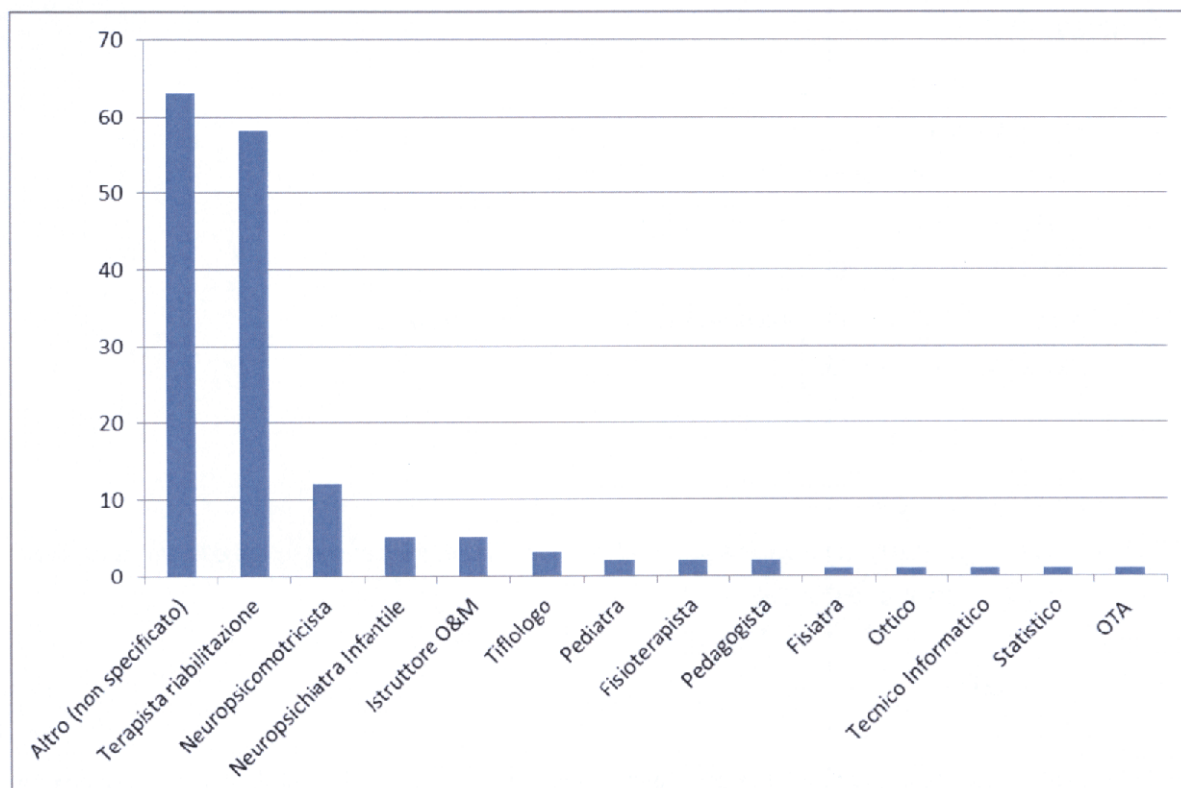


Grafico 3 bis. Altre figure professionali operanti nei centri regionali di riabilitazione visiva

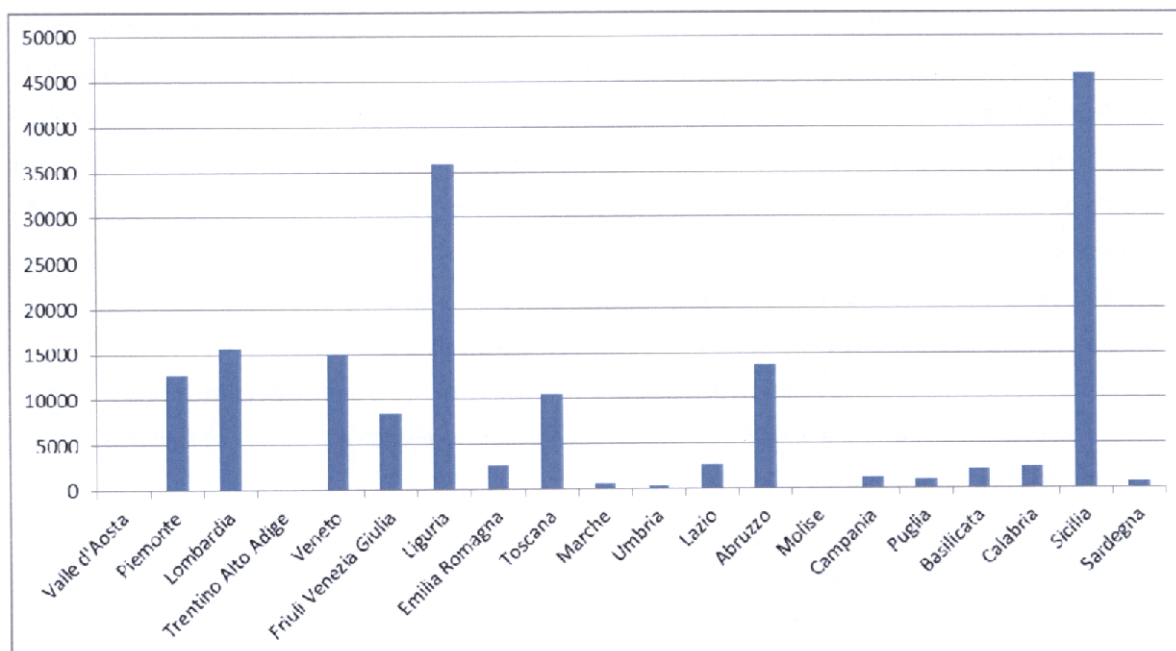


Grafico 4 Numero totale di prestazioni di riabilitazione visiva

**C – NORMATIVA**

- Legge 28/08/1997 n. 284
- Decreto Ministero della Sanità: 18/12/1997
- Decreto 10 novembre 1999 : modificazioni al decreto 18/12/1997
- Legge 3 aprile 2001, n. 138
- Accordo 20 maggio 2004 tra Ministero della salute, Regioni e Province autonome
- Legge 16 ottobre 2003, n 291

**C.1 -Legge 28/08/1997 n. 284**

*Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati. GU 4 settembre 1997, n. 206.*

**Contenuti in sintesi**

**L'articolo n°1 stabilisce che alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione dei centri per l'educazione e riabilitazione visiva è destinato, a decorrere dal1997 uno stanziamento annuo di lire 6.000.000 miliardi di lire.**

**l'articolo n°2 al comma 1, prevede di destinare 5.000.000 miliardi di lire alle regioni e province autonome per la realizzazione delle iniziative di cui all'articolo n°1, da attuare mediante la convenzione con centri specializzati, la creazione di nuovi centri ove non esistenti, ed il potenziamento di quelli già esistenti; al comma 6, stabilisce che le regioni, destinatarie del suddetto finanziamento, entro il 30 giugno di ciascun anno, forniscano al Ministero della sanità gli elementi informativi necessari per la valutazione dei risultati ottenuti nella prevenzione, educazione e riabilitazione visiva, tenendo conto del numero dei soggetti coinvolti e dell'efficacia; ai commi 3, 4. 5 stabilisce che la restante disponibilità di 1.000.000 miliardo di lire è assegnata alla sezione italiana dell'Agenzia Internazionale per la prevenzione della cecità, di seguito denominata Agenzia; che la predetta è sottoposta alla vigilanza del Ministero della sanità, al quale, entro il 31 marzo di ciascun anno, deve trasmettere una relazione sull'attività svolta nell'esercizio precedente, nonché sull'utilizzazione del contributo statale.**

al comma 7 stabilisce che il Ministero della sanità, entro il 30 settembre di ciascun anno, trasmetta al Parlamento una relazione sullo stato d'attuazione delle politiche inerenti la prevenzione della cecità, l'educazione e la riabilitazione visiva, nonché sull'utilizzazione dei contributi erogati dallo Stato per tali finalità.

**C.2 D.M. 18 dicembre 1997**

Requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'art. 2, comma 1, della *L. 28 agosto 1997, n. 284*, recante: «Disposizioni per la prevenzione e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati».

**IL MINISTRO DELLA SANITÀ**

Vista la *legge 28 agosto 1997, n. 284*, recante: «Disposizioni per la prevenzione e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati»; Visto l'art. 1 della predetta legge che prevede uno stanziamento annuo di lire sei miliardi da destinare alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva; Visto l'art. 2, comma 1, della predetta legge che destina cinque miliardi dello stanziamento di cui sopra alle regioni per la realizzazione delle descritte iniziative; Visto l'art. 2, comma 2, della già citata legge che prevede la determinazione, con decreto del Ministro della sanità, dei criteri di ripartizione della quota di cui al precedente comma 1, nonché dei requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui al medesimo comma 1;

Visto il parere espresso dal Consiglio superiore di sanità nella seduta del 26 novembre 1997;

Visto il parere espresso dalla conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome nella seduta del giorno 11 dicembre 1997;

Decreta:

1. I requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'art. 2, comma 1, della *legge 28 agosto 1997, n. 284*, sono i seguenti:

**Figure professionali di base**

medico specialista in oftalmologia;

psicologo;

ortottista assistente in oftalmologia;

infermiere o assistente sanitario;

assistente sociale.

**Ambienti:**

ufficio-ricevimento;

sala oculistica;

sala di riabilitazione;

sala ottico-tiflogica;

studio psicologico;

servizi.

**Strumentazione e materiale tecnico:**

1) *per attività oculistiche:*

lampada a fessura;

oftalmometro;

schiascopio;

oftalmoscopio diretto e indiretto;

tonometro;

tavola ottotipica logaritmico-centesimale;

test per vicino a caratteri stampa;

testi calibrati per lettura;

serie di filtri per valutazione del contrasto;

cassetta lenti di prova con montatura;

perimetro;

2) *per attività ottico-tiflogiche:*

cassetta di prova sistemi telescopici;

sistemi ipercorrettivi premontati bi-oculari;

tavolo ergonomico;

leggio regolabile;

sedia ergonomica con ruote e fermo;

set di lampade a luci differenziate;

set ingrandimenti e autoilluminanti;

sistemi televisivi a circuito chiuso:

a) in bianco e nero;

b) a colori;

c) portatile;

personal multimediale, software di ingrandimento, barra Braille; voce sintetica, stampante

Braille, Scanner, Modem per interfacciamento;

sintesi vocale per ambiente grafico;

kit per la mobilità autonoma;

ausili tiflotecnici tradizionali;

3) *per attività psicologiche:*

test di livello e di personalità specifici o adattati ai soggetti ipovedenti.

2. Le regioni e le province autonome, sulla base dei dati epidemiologici e previa ricognizione dei centri esistenti, sia pubblici che privati, da utilizzare per le attività di che trattasi, relativamente al territorio di competenza: a) definiscono gli obiettivi prioritari da perseguire nel campo d'applicazione della legge, ed i criteri per verificarne il raggiungimento; b) programmano le attività di prevenzione e riabilitazione degli stati di cecità e di ipovisione (riferita ai soggetti con acuità visiva inferiore ai 3/10 o con campo visivo inferiore al 10%); c) determinano il numero dei centri che a tali attività saranno deputati, ne disciplinano la pianta organica, il funzionamento e la gestione, ne verificano i risultati ottenuti.

3. Lo stanziamento di lire cinque miliardi di cui all'art. 2, comma 1, della *legge 28 agosto 1997, n. 284* (4), è ripartito tra le regioni e le province autonome sulla base dei sottostanti criteri: per i primi tre anni in proporzione alla popolazione residente; per gli anni successivi in proporzione ai dati di attività dei centri individuati, riferiti al numero di soggetti trattati nel corso del precedente anno solare, sia per accertamenti preventivi, sia interventi riabilitativi.

### **C.3 DECRETO 10 novembre 1999**

**Modificazioni al decreto ministeriale 18 dicembre 1997, concernente: "Requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'art. 2, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284".**

IL MINISTRO DELLA SANITA'

Vista la legge 28 agosto 1997, n. 284, recante "Disposizioni per la prevenzione e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati", che autorizza uno stanziamento annuo per le relative iniziative di prevenzione e per la realizzazione e la gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva;

Visto, in particolare, l'art. 2, comma 1, di detta legge, che determina la quota di tale stanziamento destinata alle regioni per realizzare le iniziative previste mediante convenzione con centri specializzati, per crearne di nuovi e per potenziare quelli preesistenti;

Visto, in particolare, l'art. 2, comma 2, della stessa legge, che delega il Ministro della sanità a determinare con proprio decreto i criteri di ripartizione della quota dello stanziamento annualmente destinata alle regioni, come pure i requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri specializzati per l'educazione e la riabilitazione visiva;

Visto il proprio decreto 18 dicembre 1997, concernente i "Requisiti organizzativi, strutturali e funzionali" dei medesimi centri dianzi citati, con particolare riguardo all'art. 1, laddove fra le prescritte "figure professionali di base" sono indicate anche quelle di "operatore di riabilitazione visiva", di "infermiere professionale" e di "assistente sanitaria visitatrice";

Visto l'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dal decreto legislativo 9 dicembre 1993, n. 517;

Visti i decreti ministeriali 14 settembre 1994, n. 739, e 17 gennaio 1997, n. 69, concernenti, rispettivamente, l'individuazione dei profili professionali di "infermiere" e di "assistente sanitario";

Visto l'art. 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

Ravvisata la necessità di conformare le disposizioni previste dall'art. 1 del citato decreto ministeriale 18 dicembre 1997, per le "figure professionali di base" alle disposizioni d'ordine generale oggi in vigore per le professioni sanitarie;

Ritenuto, quindi, di dover provvedere alle conseguenti modificazioni dell'art. 1 del decreto ministeriale 18 dicembre 1997 più volte citato;

Decreta:

Articolo unico

L'art. 1 del decreto ministeriale 18 dicembre 1997, di cui alle premesse, nella parte relativa all'indicazione delle "Figure professionali di base" e' così modificato :

**"Figure professionali di base:**

medico specialista in oftalmologia;

psicologo;

ortottista assistente in oftalmologia;

infermiere o assistente sanitario;

assistente sociale."

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 10 novembre 1999

Il Ministro: Bindi

**C.4 L. 3 aprile 2001, n. 138 (1).**

***Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici***

**1. Campo di applicazione.**

1. La presente legge definisce le varie forme di minorazioni visive meritevoli di riconoscimento giuridico, allo scopo di disciplinare adeguatamente la quantificazione dell'ipovisione e della cecità secondo i parametri accettati dalla medicina oculistica internazionale. Tale classificazione, di natura tecnico-scientifica, non modifica la vigente normativa in materia di prestazioni economiche e sociali in campo assistenziale.

**2. Definizione di ciechi totali.**

1. Ai fini della presente legge, si definiscono ciechi totali:

- a) coloro che sono colpiti da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi; b) coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore;
- c) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento.

**3. Definizione di ciechi parziali.**

1. Si definiscono ciechi parziali:

- a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione;
- b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10 per cento.

**4. Definizione di ipovedenti gravi.**

1. Si definiscono ipovedenti gravi:

- a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione;

b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 30 per cento.

**5. Definizione di ipovedenti medio-gravi.**

1. Ai fini della presente legge, si definiscono ipovedenti medio-gravi:

a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione;

b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 50 per cento.

**6. Definizione di ipovedenti lievi.**

1. Si definiscono ipovedenti lievi:

a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 3/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione;

b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 60 per cento.

**7. Accertamenti oculistici per la patente di guida.**

1. Gli accertamenti oculistici avanti agli organi sanitari periferici delle Ferrovie dello Stato, previsti dall'articolo 119 del *decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285*, e successive modificazioni, sono impugnabili, ai sensi dell'articolo 442 del codice di procedura civile, avanti al magistrato ordinario.

**C.5 Accordo 20 maggio 2004 (1)**

**Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, concernente «Attività dei centri per educazione e riabilitazione visiva e criteri di ripartizione delle risorse, di cui alla L. 28 agosto 1997, n. 284» (2).(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 26 luglio 2004, n. 173.(2) Emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.**

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE  
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Premesso che:

l'art. 1 della legge 28 agosto 1997, n. 284 prevede uno stanziamento annuo di 6 miliardi di vecchie lire da destinare alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva; l'art. 2, comma 1 della richiamata legge prevede che lo stanziamento di cui all'art. 1 è destinato, quanto a 5 miliardi di vecchie lire, alle regioni per la realizzazione delle iniziative di cui al medesimo articolo, da attuare mediante convenzione con i centri specializzati, per la creazione di nuovi centri, dove questi non esistano, ed il potenziamento di quelli già esistenti;

l'art. 2, comma 2 della predetta legge, il quale dispone che, con decreto del Ministro della salute, vengano determinati i criteri di ripartizione dei fondi di cui al comma 1, nonché i requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui al medesimo comma 1;

Visto il decreto del Ministro della salute 18 dicembre 1997, modificato dal decreto del Ministro della salute 26 novembre 1999, n. 278, che stabilisce i requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'art. 2, comma 1 della legge 28 agosto 1997, n. 284;

Considerato che si rende necessario definire le tipologie dell'attività degli anzidetti centri, ai fini della individuazione dei criteri di ripartizione delle risorse;

Rilevato che, dagli esiti del gruppo di lavoro istituito presso il Ministero della salute, con l'obiettivo di predisporre una revisione dei criteri di riparto previsti dalla richiamata legge n. 284, è emersa la difficoltà di applicazione del criterio individuato dall'art. 3 del decreto del Ministro della salute 18 dicembre 1997, il quale prevede la ripartizione delle risorse in proporzione ai dati di attività dei centri individuati, riferiti al numero di soggetti trattati nel corso del precedente anno solare, sia per accertamenti preventivi, sia per interventi riabilitativi;

Visto lo schema di accordo in oggetto, trasmesso dal Ministero della salute con nota 4 dicembre 2003;

Considerato che, in sede tecnica il 14 gennaio e il 23 marzo 2004, sono state concordate alcune modifiche al documento in esame;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i presidenti delle regioni e delle province autonome hanno espresso il loro assenso sull'accordo in oggetto;

Acquisito l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281;

**Sancisce il seguente accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini sottoindicati:**

è definita la tipologia delle attività dei Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva a cui affidare la realizzazione di interventi di prevenzione della cecità e di riabilitazione visiva, di cui al documento che si allega sub 1, quale parte integrante del presente accordo; sono delineati nel medesimo allegato:

- 1) i compiti e le attività che costituiscono specifico ambito operativo dei centri, fermi restando i requisiti organizzativi e strutturali già individuati nei decreti del Ministro della sanità 18 dicembre 1997 e 10 novembre 1999;
- 2) alle regioni e alle province autonome spetta la determinazione delle modalità organizzative a livello locale;
- 3) vengono individuati i criteri di ripartizione dei finanziamenti previsti dalla legge 28 agosto 1997, n. 284,
- 4) nonché le modalità di rilevazione delle attività svolte ai fini della valutazione dei risultati da parte del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2, comma 6 della medesima legge, di cui al documento che si allega sub 2, unitamente alle relative tabelle (Alf. sub 2.1), quale parte integrante del presente accordo;
- 5) le regioni e le province autonome si impegnano a promuovere forme di collaborazione interregionale finalizzate ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, sia economiche che professionali.

Allegato 1

### **I - Tipologia delle attività dei centri per l'educazione e la riabilitazione funzionale visiva**

Il campo di attività dei centri per l'educazione e la riabilitazione visiva, così come individuato dalla *legge 28 agosto 1997, n. 284* non riguarda tutti gli interventi mirati alla tutela della salute visiva, ma si concentra in attività di prevenzione della cecità e riabilitazione funzionale visiva che, per poter essere correttamente monitorate e valutate, necessitano di essere connotate e individuate in maniera univoca. A tal proposito, è opportuno sottolineare che lo spirito della legge sia quello di richiamare l'attenzione sulla necessità di contrastare, nel modo più efficace possibile, la disabilità visiva grave, che comporta una situazione di handicap tale da diminuire significativamente la partecipazione sociale di coloro che ne sono affetti.

La collocazione strategica principale dei centri è quella di servizi specialistici di riferimento per tutti gli altri servizi e gli operatori del settore, a cui inviare pazienti per una più completa e approfondita valutazione diagnostico-funzionale e per la presa in carico per interventi di riabilitazione funzionale visiva di soggetti con diagnosi di ipovisione (soggetti con residuo visivo non superiore a 3/10, con la migliore correzione ottica possibile in entrambe gli occhi, o con un campo visivo non superiore al 60%, secondo i criteri esplicitati nella *legge 3 aprile 2001, n. 138* recante: «Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici»).

Considerando l'ampiezza e la differenziazione delle aree patologiche, anche in rapporto all'età dei soggetti interessati, le regioni e province autonome possono prevedere l'assegnazione di funzioni più specifiche e specialistiche a ciascuno dei centri individuati.

Con riferimento alle competenze di riabilitazione visiva, affidate dall'*art. 1 della legge 28 agosto 1997, n. 284* ai centri, le regioni e province autonome possono prevedere che i medesimi, siano referenti per la prescrizione delle protesi specifiche e degli ausili tiflotecnici, previsti dal Servizio sanitario nazionale per la riabilitazione visiva.

**È facoltà delle regioni e province autonome prevedere, nell'ambito dei propri programmi di prevenzione, la partecipazione dei centri a iniziative di prevenzione secondaria, cioè mirate a individuare precocemente gli stati patologici, nel loro stadio di esordio o in fase asintomatica, pervenendo alla guarigione o limitando, comunque, il deterioramento visivo.**

Si ritiene che l'obiettivo essenziale della riabilitazione sia quello di ottimizzare le capacità visive residue, per il mantenimento dell'autonomia e la promozione dello sviluppo, garantire le attività proprie dell'età ed un livello di vita soddisfacente.

La più importante distinzione operativa concerne la differenza esistente tra soggetti in età evolutiva (infanzia, adolescenza, da 0 a 18 anni) e soggetti in età adulta, sia in relazione alla specificità dei bisogni, e quindi agli obiettivi di intervento, sia in relazione alle modalità di attuazione dei trattamenti. Per ciascuna fascia di età viene proposta la tipologia di attività necessarie per attivare un corretto programma riabilitativo.

#### **A) Riabilitazione funzionale e visiva per pazienti in età evolutiva**

(0-18 anni).

In questa fascia di età una particolare attenzione va dedicata alla I e II infanzia (0-12 anni).

Questi pazienti, infatti, presentano bisogni riabilitativi molto complessi perché l'ipovisione, oltre a determinare una disabilità settoriale, interferisce con lo sviluppo di altre competenze e funzioni (motorie, neuropsicologiche, cognitive, relazionali). Infine, è opportuno ricordare che le minorazioni visive della prima infanzia sono spesso associate ad altri tipi di minorazioni. Anche per tale ragione, occorre che la presa in carico riabilitativa venga condotta sulla base di una duplice competenza: quella di tipo oftalmologico e quella relativa allo sviluppo delle funzioni neurologiche e neuropsicologiche. Per questa fascia di età, oltre alle competenze dell'area oftalmologica, potrà pertanto rendersi necessaria la collaborazione con operatori della neuropsichiatria infantile.

Le principali azioni per la definizione e realizzazione del programma riabilitativo sono le seguenti:

1. Formulazione di un giudizio diagnostico relativo agli aspetti quantitativi e qualitativi della minorazione visiva;
2. Valutazione dell'interferenza dell'ipovisione sulle diverse aree dello sviluppo;
3. Formulazione di una prognosi visiva e una prognosi di sviluppo;
4. Formulazione di un bilancio funzionale basato su tutti gli elementi indicati in precedenza.
5. Formulazione di un progetto di intervento riabilitativo integrato;
6. Pianificazione di interventi mirati alla realizzazione del progetto riabilitativo integrato anche nei luoghi di vita del soggetto.

#### **B) Riabilitazione funzionale e visiva per pazienti in età adulta.**

Le principali azioni per la definizione e realizzazione del programma riabilitativo sono le seguenti:

1. Definizione di un quadro conoscitivo esauriente dei bisogni del paziente;
2. Valutazione della funzionalità residua del sistema visivo, in relazione al danno oculare e/o cerebrale;
3. Formulazione di una prognosi sulle possibilità di recupero della funzione visiva residua;
4. Formulazione di un progetto riabilitativo ritenuto idoneo a soddisfare le esigenze espresse dal paziente e giudicate pertinenti;
5. Pianificazione di interventi mirati alla realizzazione del progetto riabilitativo integrato anche nei luoghi di vita del soggetto.

Sulla base delle tipologie sopra indicate e nell'ottica del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e delle metodologie, i centri per l'educazione e la riabilitazione visiva attuano idonee strategie di valutazione dei risultati di ciascun progetto riabilitativo, in rapporto agli obiettivi prefissati.

Per essere efficace, tale valutazione deve riguardare sia i risultati al termine del trattamento riabilitativo, sia i risultati a distanza, con opportuno «*follow-up*».

#### **Allegato 2 – criteri ripartizione fondi**

**a) Lo stanziamento dei fondi di cui all'art. 2, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284, è ripartito ogni anno tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in proporzione alla popolazione residente, nella misura del 90% e, per il rimanente 10% in proporzione del numero totale dei ciechi civili - riconosciuti tali dalle Commissioni di accertamento dell'invalidità civile ai sensi della legge 15 ottobre 1990, n. 295, ufficialmente censiti in ciascuna regione e provincia autonoma in quanto percettori di indennità per cecità totale o parziale.**

b) L'erogazione del contributo spettante a ciascuna regione e provincia autonoma è comunque subordinato alla presentazione degli elementi informativi sulle attività svolte, che devono essere forniti entro il 30 giugno di ciascun anno, ai sensi dell'art. 2, comma 6.

c) Le modalità di rilevazione delle attività di cui sopra devono essere forniti tramite le schede di rilevazione allegate, che costituiscono parte integrante del presente accordo, che saranno oggetto di revisione periodica per ottimizzare la rilevazione.

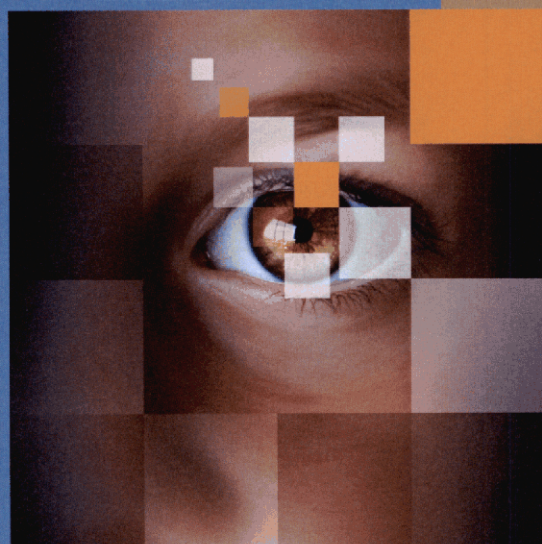
**C. 6 LEGGE 16 ottobre 2003, n 291** (*“Disposizioni in materiali interventi per i bene e le attività culturali, lo sport, l'università e la ricerca ...”*) ha previsto la creazione a Roma di un **Polo nazionale di servizi e ricerca per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva degli ipovedenti**, anche mediante l'utilizzo di unità mobili oftalmiche, con soggetto beneficiario IAPB Italia, con importo finanziato di 750.000 €.

Il DL 203/2005 ART. 11 SUB ART. QUATERDECIES COMMA 10 CONVERTITO IN LEGGE 248/05 decreto-legge coordinato con la legge di conversione (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. n. 281 del 2 dicembre 2005 - Supplemento Ordinario n. 195) ha poi regolamentato il finanziamento annuo del Polo suddetto

*..” Per le attività e il conseguimento delle finalità' scientifiche del Polo nazionale di cui alla tabella A prevista dall'articolo 1 della legge 29 ottobre 2003, n. 291, viene riconosciuto alla Sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità un contributo annuo di euro 750.000.....”*

ALLEGATI

PAGINA BIANCA



# Action plan

for the prevention of  
avoidable blindness  
and visual impairment

2009 - 2013



World Health  
Organization



The five  
**Objectives**

Action plan for the  
prevention of  
avoidable  
blindness and  
visual impairment

**1**

Strengthen advocacy to increase Member States' political, financial and technical commitment in order to eliminate avoidable blindness and visual impairment

**2**

Develop and strengthen national policies, plans and programmes for eye health and prevention of blindness and visual impairment

**3**

Increase and expand research for the prevention of blindness and visual impairment

**4**

Improve coordination between partnerships and stakeholders at national and international levels for the prevention of blindness and visual impairment

**5**

Monitor progress in elimination of avoidable blindness at national, regional and global levels

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

**ACTION PLAN FOR THE PREVENTION OF AVOIDABLE BLINDNESS AND VISUAL IMPAIRMENT, 2009-2013.**

1.Blindness - prevention and control. 2.Vision disorders - prevention and control. 3.Eye diseases - prevention and control. 4.Health planning. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 150017 3

(NLM classification: WW 140)

**© World Health Organization 2010**

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press, at the above address (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

**Design and layout :** Denis Meissner WHO/GRA

Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland



# Table of contents

<b>Foreword</b> .....	
<b>Introduction</b> .....	
<b>Action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment</b>	
World Health Assembly document A62/7 (2 April 2009) .....	
<b>Resolution of the Sixty-second World Health Assembly:</b>	
WHA62.1 Prevention of avoidable blindness and visual impairment .....	
<b>Resolution of the Fifty-ninth World Health Assembly:</b>	
WHA59.25 Prevention of avoidable blindness and visual impairment .....	
<b>Resolution of the Fifty-sixth World Health Assembly:</b>	
WHA56.26 Elimination of avoidable blindness .....	
<b>Resolution of the Fifty-first World Health Assembly:</b>	
WHA51.11 Global elimination of blinding trachoma .....	
<b>Annex 1</b>	
Overview of actions .....	

PAGINA BIANCA



# Foreword

**More than 80% of global visual impairment is avoidable. Cost-effective interventions exist for major causes of visual impairment and for blindness. Together we can change lives of millions, but we need to act.**

Visual impairment is a significant health problem worldwide. The World Health Organization estimates that globally about 314 million people are visually impaired, of whom 45 million are blind. It has been estimated that over 80% of global visual impairment is preventable or treatable. In spite of this, millions of people remain at risk of visual loss due to the lack of eye-care services. With almost 90% of blind and visually impaired people living in low- and middle-income countries, including some of the world's poorest communities, access to eye care is often unavailable.

The major causes of blindness include cataract, uncorrected refractive errors, glaucoma, age-related macular degeneration, corneal opacities, diabetic retinopathy, eye diseases in children, trachoma and onchocerciasis.

At the Sixty-first World Health Assembly, in order to intensify efforts towards elimination of avoidable blindness, Member States called for an action plan addressing the eye-health agenda. The WHO Secretariat developed, in consultation with Member States and international partners, the Action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment. The Action plan defines five objectives, which are to be implemented during the period 2009 to 2013. These objectives draw on the international experience and achievements made in the prevention of avoidable blindness over recent decades. Each objective contains specific sets of actions for WHO Member States, the Secretariat and international partners, which are intended to guide efforts towards strengthening eye-care service delivery in populations through the implementation of comprehensive eye-care programmes at national and subnational levels.

International collaborative efforts, combined with renewed momentum as a result of the implementation of the Action plan, will foster blindness prevention. As eye care gains greater prominence in the global health arena, pooling resources and sharing knowledge of positive experiences will increase the opportunities for bringing eye care to all.

We call on all stakeholders to join us in scaling up interventions for the prevention of avoidable blindness and visual impairment through the implementation of the global Action plan. Together, we have the potential to improve the lives of millions.

**Dr Ala Alwan**

*Assistant Director-General*

*Noncommunicable Diseases and Mental Health*

*World Health Organization*

## The global response to strengthen eye health

1960-  
1989

World Health Assembly resolutions  
WHA22.29, WHA25.55 and WHA28.54 on prevention of blindness

1990-  
1998

World Health Assembly resolution  
- WHA47.32 Onchocerciasis control through ivermectin distribution  
WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma  
by the year 2020 (GET 2020) established  
World Health Assembly resolution  
- WHA51.11 Global elimination of blinding trachoma

1999

World Health Organization and the International Agency  
for the Prevention of Blindness joint Global Initiative  
"VISION 2020: the Right to Sight" launched at WHO

2003

World Health Assembly resolution  
- WHA56.26 Elimination of avoidable blindness

2006

World Health Assembly resolution  
- WHA59.25 Prevention of avoidable blindness  
and visual impairment

2009-  
2013

Adoption of resolution WHA62.1 Prevention of avoidable  
blindness and visual impairment, endorsing the action plan  
for the prevention of avoidable blindness and visual impairment



# Introduction

The Action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment is intended to serve as a roadmap to consolidate joint efforts aimed at eliminating avoidable blindness as a public health problem in all communities worldwide.

At the Sixty-first World Health Assembly in 2008, Member States requested that an action plan be developed that would address the eye-health agenda, and complement the existing Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases, endorsed in resolution WHA61.14. The World Health Organization (WHO) Secretariat developed a draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment using an open consultative process, thereby benefiting from the valuable expertise and diverse experience of Member States and international partners. The draft action plan was endorsed at the 124th session of the Executive Board in January 2009. Subsequently, the Sixty-second World Health Assembly adopted resolution WHA62.1 Prevention of avoidable blindness and visual impairment, endorsing the Action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment. Resolution WHA62.1 also builds on previous related Health Assembly resolutions.<sup>1</sup>

The Action plan supports the implementation of WHO's Eleventh General Programme of Work 2006-2015 and the Medium-term strategic plan 2008-2013.

The Action plan draws on experience in the control of avoidable visual impairment in various socioeconomic settings, as summarized in the situation analysis section of the document.

Five objectives are defined within the Action plan for implementation during the five-year period from 2009 to 2013. Each objective includes specific sets of actions for WHO Member States, the Secretariat and international partners.

There have been significant shifts in the pattern of causes of visual impairment. Socioeconomic development and improved living standards in many societies have resulted in greater control of major communicable causes of blindness, such as trachoma and onchocerciasis. While it is essential to continue to invest efforts in eliminating communicable eye diseases as causes of visual impairment and blindness, the future challenge lies in the provision of eye care for noncommunicable eye diseases. Unless additional eye-care services are provided, the number of people suffering from vision loss due to chronic age-related eye diseases will rise as a result of increased life expectancy and population growth.

In order to prevent avoidable visual impairment at the community level, it is necessary for primary eye-care services to be strengthened. At the national level, provision of adequate eye-care services requires the development of specific human resource skills, technology and infrastructure. Further development of sustainable, affordable, equitable, and comprehensive eye-care services as an integral part of national health systems is needed.

The Action plan proposes effective measures that can be taken to reduce the prevalence of avoidable visual impairment. Member States and international partners are presented with a set of actions from which they can adopt those most appropriate to their own settings and needs.

---

<sup>1</sup> WHA51.11 Global elimination of blinding trachoma, WHA56.26 Elimination of avoidable blindness, and WHA59.25 Prevention of avoidable blindness and visual impairment.

PAGINA BIANCA



# Action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment<sup>1</sup>

## **WORLD HEALTH ASSEMBLY DOCUMENT A62/7 (2 APRIL 2009)**

1. According to the latest WHO estimates, about 314 million people worldwide live with visual impairment due to either eye diseases or uncorrected refractive errors. Of these, 45 million are blind, of whom 90% live in low-income countries. The major causes of blindness are cataract (39%), uncorrected refractive errors (18%), glaucoma (10%), age-related macular degeneration (7%), corneal opacity (4%), diabetic retinopathy (4%), trachoma (3%), eye conditions in children (3%), and onchocerciasis (0.7%). The actual magnitude of blindness and visual impairment is likely to be higher than estimates indicate, as detailed epidemiological information on some causes (e.g. presbyopia) is still lacking.

2. With today's knowledge and technology, up to 80% of global blindness is preventable or treatable. Cost-effective interventions are available for the major causes of avoidable blindness. Major international partnerships have been established in recent years, including the African Programme for Onchocerciasis Control, the Onchocerciasis Elimination Program for the Americas, the WHO Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma and VISION 2020: the Right to Sight.

3. Two recently adopted Health Assembly resolutions (WHA56.26 and WHA59.25) focused on avoidable blindness and visual impairment, urging Member States to work on prevention, mainly through specific plans and inclusion of the subject in national health plans and programmes. Despite significant progress in the area of eye health, the prevalence of avoidable blindness remains unacceptably high in many countries and communities.

## **PURPOSE**

4. The plan aims to expand efforts by Member States, the Secretariat and international partners in preventing blindness and visual impairment by developing comprehensive eye-health programmes at national and subnational levels.

5. In order to intensify and coordinate existing activities, especially in low- and middle-income countries, the plan seeks to:

- (a) increase political and financial commitment to eliminating avoidable blindness;
- (b) facilitate the preparation of evidence-based standards and guidelines, and use of the existing ones, for cost-effective interventions;
- (c) review international experience and share lessons learnt and best practices in implementing policies, plans and programmes for the prevention of blindness and visual impairment;
- (d) strengthen partnerships, collaboration and coordination between stakeholders involved in preventing avoidable blindness;
- (e) collect, analyse and disseminate information systematically on trends and progress made in preventing avoidable blindness globally, regionally and nationally.

<sup>1</sup> See resolution WHA62.1.

## SCOPE

6. This plan focuses on the major causes of avoidable blindness and visual impairment, as defined in the draft eleventh revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.<sup>1</sup> The plan does not deal with categories of milder visual impairment or eye conditions for which evidence-based prevention and/or treatment interventions are not available; these cases will require effective and appropriate rehabilitation measures that enable people with disabilities to attain and maintain maximum independence and full inclusion and participation in all aspects of life.

7. Since blinding conditions are chronic and mostly due to noncommunicable causes, this plan complements the action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases adopted by the Health Assembly in resolution WHA61.14. Prevention strategies differ significantly, however, as most blinding conditions do not share the risk factors, other than tobacco use, addressed in the noncommunicable disease plan. Although, as with noncommunicable diseases, primary health-care and community-based interventions are essential for preventing blindness and visual impairment, the provision of high-quality eye-care services needs specific skills, technology and infrastructure.

8. Evidence indicates that the magnitude of avoidable blindness caused by communicable diseases like trachoma and onchocerciasis and ophthalmological complications in measles is decreasing, whereas noncommunicable age-related eye conditions (e.g. cataract, glaucoma and diabetic retinopathy) are increasing. Programmes against both onchocerciasis and trachoma need continued efforts for control and to avoid recurrence. A coordinated intersectoral approach to both communicable and noncommunicable conditions is needed.

9. In view of the adverse global economic climate it is essential to maximize the impact of existing resources and technical programmes across WHO that contribute to the prevention of blindness, and also influence the conditions that make populations vulnerable to visual impairment. An example of this is the use of immunization, and vitamin A supplementation in vulnerable populations, to reduce the risk of blindness due to corneal opacities.

## RELATION TO EXISTING STRATEGIES AND PLANS

10. Prevention of avoidable blindness and visual impairment has been the subject of several resolutions adopted by the Health Assembly,<sup>2</sup> which, inter alia, encouraged several international partnerships and alliances to work at the global level in this field. The action plan supports implementation of WHO's Eleventh General Programme of Work 2006–2015 and the Medium-term strategic plan 2008–2013, particularly strategic objective 3, which covers work on prevention and control of avoidable blindness and visual impairment. It also supports the implementation of existing regional resolutions and plans.<sup>3</sup>

## RESOURCES

11. The Programme budget 2008–2009 describes the financial resources required by the Secretariat for work to meet strategic objective 3. For future bienniums, additional resources will be required. Further progress in preventing avoidable blindness and visual impairment globally, regionally and nationally will depend on the amount of additional resources available. All partners – including intergovernmental and nongovernmental organizations, academic and research institutions and the private sector – will need to do more for resource mobilization at all levels.

## TIME FRAME

12. This action plan is designed to cover the period 2009–2013, that is, the remaining five years of the Medium-term strategic plan.

<sup>1</sup> "Blindness" is defined as a presenting visual acuity of less than 3/60, or a corresponding visual field loss to less than 10° in the better eye with the available correction. "Severe visual impairment" is defined as a presenting visual acuity of between less than 6/60 and 3/60, and "moderate visual impairment" is defined as a presenting visual acuity of less than 6/18 to 6/60. In this document "visual impairment" includes both severe and moderate visual impairment.

<sup>2</sup> Resolutions WHA22.29, WHA25.55, WHA28.54, WHA47.32, WHA51.11, WHA56.26 on elimination of avoidable blindness and WHA59.25 on prevention of avoidable blindness and visual impairment.

<sup>3</sup> See resolution EM/RC49/R.6 on VISION 2020: The Right to Sight – elimination of avoidable blindness, resolution EM/RC52/R.3 on Prevention of avoidable blindness and visual impairment, document AFR/RC57/6 (Accelerating the elimination of avoidable blindness – a strategy for the WHO African Region) and PAHO: Draft Ocular Health Strategy and Plan of Action 2008–2012.

## SITUATION ANALYSIS

### **Magnitude, causes and impact of blindness and visual impairment**

13. Determining the causes and magnitude of blindness is necessary for setting priorities, designing targeted strategies and establishing international blindness-prevention cooperation and alliances. Recent years have seen much better availability of data on the causes and magnitude of blindness and visual impairment around the world. In the past, surveys on the causes used a variety of methods and definitions, but WHO's development of standardized and feasible methodologies has facilitated collection from Member States of comparable epidemiological and health-system data, for example on the rapid assessment of surgical services for cataract and of avoidable blindness. The childhood blindness protocol is another example of such progress.

14. To date, epidemiological surveys have been conducted in 65 countries. However, the absence of surveys and lack of data in the remaining countries have greatly hampered detailed planning, monitoring and evaluation of interventions. In addition, missing epidemiological data on the status of visual health in the population limits further analysis of the trends of visual impairment and the timely development of appropriate public health interventions.

15. Collection of reliable and standardized epidemiological data is a priority for countries where such data are not available. Action is also needed to develop modelling approaches in order to determine trends and set targets, so that the planning of efforts to prevent avoidable blindness and visual impairment can be more focused and evidence-based. Also required is an improved mechanism for systematically collecting standardized information on human resources, infrastructure and available technologies, and countries must be ready to respond to the observed needs.

### **Prevention of blindness and visual impairment as part of national health development plans and WHO technical collaboration with Member States**

16. Despite the availability of WHO information on the magnitude and causes of blindness and strategies for their prevention, policy-makers and health providers in some countries are evidently not fully aware of available eye-care interventions, their cost-effectiveness and their potential to prevent or treat the 80% of global blindness that is avoidable. Country cooperation strategies reflect

the agreed joint agenda between health ministries and WHO. So far, the inclusion of blindness prevention in such documents has been minimal, despite seven resolutions of the Health Assembly relating to prevention of avoidable blindness and visual impairment, the existence of WHO's major, long-standing international partnerships on prevention of blindness, and major successes in reducing avoidable blindness, such as WHO's Onchocerciasis Control Programme. Lack of adequate resources for preventing blindness at the country level is a major impediment. Additionally, faced with increasingly limited resources, donor and recipient countries often give higher priority to mortality-related disease control programmes than to those dealing with problems of disability. Also, experienced staff to coordinate blindness-prevention activities at the regional and country levels are in short supply.

17. Greater priority should be given to preventing blindness in health development plans and country cooperation strategies. Action is also needed to strengthen technical support and enhance the provision of expert advice to Member States where blindness and visual impairment are a major health problem.

### **National eye health and prevention of blindness committees**

18. It is important to establish national committees and programmes for eye health and blindness prevention. Their role is to liaise with all key domestic and international partners, to share information and to coordinate such activities as implementing the national eye health and blindness-prevention plan. A functional national committee is a prerequisite for developing the national blindness-prevention plan and its implementation, monitoring and periodic assessment. Some countries, particularly those with decentralized or federated management structures, have similar committees at subnational level.

19. By the end of 2008, 118 Member States had reported the establishment of a national committee. However, not all national committees are functional and, unfortunately, in many cases such committees have not successfully initiated effective action. In some instances, selected individuals, often dedicated eye-care professionals, are relied on to provide leadership and serve as the driving force for blindness-prevention plans and programmes. The committees' membership is often not uniform, ranging from the ideal scenario, in which all key partners are represented (including the national health-care authorities), to a minimal group of dedicated eye-care professionals.

### **National eye health and prevention of blindness plans**

20. Experience has shown that, in low- and middle-income countries, a comprehensive national plan containing targets and indicators that are clearly specified, time-linked and measurable leads to substantially improved provision of eye health-care services.

21. Most low- and middle-income countries (104 Member States by the end of 2008) have reported the development of national eye health and blindness-prevention plans, but reporting on and assessment of their implementation and impact have been insufficient. Some national plans do not include measurable targets, an implementation timeline and adequate tools for monitoring and evaluation. In some countries, the plans have only been partially implemented. In addition, because of lack of resources and leadership, some countries have made only slow or fragmented progress and their plans for eye health and national prevention of blindness have not yielded tangible improvements in the provision of eye-care services. It is necessary to ensure that the implementation phase of national plans is well managed, and a standardized approach to monitoring and evaluation of national and subnational eye health and blindness-prevention plans must be taken.

### **WHO's strategies for prevention of blindness and visual impairment and provision of technical support**

22. WHO's strategy for the prevention of avoidable blindness and visual impairment is based on three core elements: strengthening disease control, human resource development, and infrastructure and technology. This approach has been promoted since 1999 by the global initiative "VISION 2020: the Right to Sight", which was established as a partnership between WHO and the International Agency for the Prevention of Blindness. The past decade has seen major progress in the development and implementation of WHO's approaches to controlling communicable causes of blindness and visual impairment. Achievements in controlling onchocerciasis and trachoma were based, respectively, on implementation of WHO's strategies of community-directed treatment with ivermectin and the SAFE strategy for trachoma control, and their adoption by Member States and international partners. This unified approach facilitated preventive efforts aimed at millions of individuals at risk of visual loss, and convinced major donors that long-term commitment is required.

23. Subsequently, major shifts in the pattern of causes of blindness have been documented, with a declining trend for the communicable causes and a progressive increase in age-related chronic eye conditions. Public health interventions for some of the major conditions such as cataract and diabetic retinopathy have been systematically reviewed and respective WHO recommendations have been formulated. Strategies are needed to control other conditions such as glaucoma.

24. By the end of 2008, 150 Member States had held national or subnational VISION 2020 workshops to introduce WHO's strategies for eye health. These workshops were the platform for sharing expertise about community eye health and facilitated the process of needs assessment and subsequent formulation of national and subnational blindness-prevention plans.

### **Prevention of avoidable blindness and visual impairment as a global health issue**

25. Reliable epidemiological data and the availability of cost-effective interventions for the control of most of the major causes of avoidable blindness have demonstrated the importance of strengthening national initiatives in preserving eye health. In resolutions WHA56.26 and WHA59.25, the Health Assembly recommended a unified approach to blindness-prevention activities, urging Member States to establish national committees, to set up national blindness-prevention plans, and to devise strong monitoring and evaluation mechanisms for their implementation. In addition, it has been recognized that advocacy for preventing visual loss needs to reach a wider audience, and that the importance of preserving eye health needs to be further promoted in the public health domain and the community.

26. In some countries the impact of Health Assembly resolutions on allocation of new resources for development and implementation of blindness-prevention plans has fallen short of expectations. In most countries action is slow and progress in implementing adequate blindness-prevention activities is limited.

27. Plans and programmes on blindness prevention exist at global level and in some cases at regional and national levels, but action is now required to provide support to Member States that have not yet developed such programmes in applying international experience and scientific evidence in order to develop and implement their own blindness-prevention measures. Action is also required to integrate the eye-health agenda and its impact on poverty alleviation in the overall development agenda.

### **International partnerships**

**28.** Over the past decade, major international partnerships have been forged to assist WHO in providing support to Member States in their efforts to prevent blindness, such as “VISION 2020: the Right to Sight”. The partnerships have made substantial progress, mostly in combating infectious causes of blindness. They have also encouraged and supported long-term resource mobilization, including donation programmes (e.g. the Merck donation programme for ivermectin to control onchocerciasis, and distribution of azithromycin under a donation programme by Pfizer to control trachoma). Global partnerships have united and substantially strengthened the key international stakeholders in their action to prevent blindness, using WHO disease control strategies.

**29.** Coordination and timely evaluation of work undertaken by international partners is required so that their approaches are aligned with other activities in the area of blindness prevention. Despite some notable improvements in collecting data on blindness-prevention activities at the country and subnational levels, consolidated reporting remains limited. One reason is the weakness of many countries’ monitoring systems, another being the limited information sharing and exchange between countries and their international partners.

**30.** The action now required is to improve coordination and information exchange between all stakeholders.

### **Human resources and infrastructure**

**31.** Despite efforts to strengthen human resources for eye health, a crucial shortage of eye-care personnel persists in many low-income countries. Many countries in the African Region, for instance, have less than one ophthalmologist per million inhabitants. In addition, the existing human resources are often concentrated in larger urban agglomerations, leaving the rural areas with a poor or non-existent service. Furthermore, well-trained personnel leave low-paid positions in many of the public and university health-care establishments, seeking work in the domestic private health-care sector or even work opportunities abroad. It is thus the poorest areas of low-income countries that are most seriously disadvantaged by a suboptimal workforce beset by shortages, low productivity and uneven distribution.

**32.** Although recent technological developments in eye care have resulted in advanced methods of diagnostics and treatment, the cost of properly equipping a

secondary and/or tertiary eye-care centre is prohibitive for many low-income countries.

**33.** Urgent action is required within countries to train more eye-health personnel and redress the distribution of the available workforce between urban and rural areas.

### **Resource mobilization**

**34.** Strong international partnerships have been instrumental in convincing international and domestic donors to support blindness-prevention activities (e.g. the African Programme for Onchocerciasis Control, the Onchocerciasis Elimination Program for the Americas, the WHO Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma, and VISION 2020: the Right to Sight). Despite these disease-specific achievements, there have been major shortfalls in the resources available for national programmes of eye health and blindness prevention. Moreover, the potential for generating additional international and domestic resources has not been fully explored. The lack of adequate resources for blindness prevention and visual impairment activities could seriously jeopardize advances in eye-health care.

**35.** The action now required is to review the current approaches to financing eye-health systems, highlight the socioeconomic impact of blindness, the cost-effectiveness of eye-health interventions, and the financial benefits of early prevention of blindness and visual impairment.

### **Integration of eye health into broad development plans**

**36.** The creation of comprehensive, integrated health services and sharing of resources and infrastructure will be facilitated by incorporating eye health in broader intersectoral development plans. An added value was recorded in countries where prevention of blindness was integrated into the broader health development plans and/or socioeconomic development programmes.

**37.** Despite reported links between visual impairment and decreased socioeconomic opportunities for the affected individuals, prevention of blindness has not been sufficiently addressed in many major international and domestic development agendas. There has been insufficient research on the impact of blindness in various socioeconomic settings as well as on limitations of access to eye care for low-income groups, and the action now required is to promote further research in these areas.

**OBJECTIVES AND ACTION**

OBJECTIVE

**1****Strengthen advocacy to increase Member States' political, financial and technical commitment in order to eliminate avoidable blindness and visual impairment**

**38.** International advocacy for the preservation of visual health aims to increase awareness of current blindness-prevention plans, especially the cost-effective interventions available and international experience in their implementation. This advocacy effort should target health-care professionals and policy-makers in order to encourage the intersectoral action needed to improve eye health-care systems, to integrate them in national health systems, and incorporate eye health in broader health-care and development plans. It should also target potential donors and those who set research priorities and funding levels so as to accumulate evidence on prevention of blindness and visual impairment and their impact.

**39.** Further research is needed on the impact of risk factors such as smoking, ultraviolet radiation and lack of hygiene. Inequities in access to eye-care services also need to be further researched.

**40.** Special attention should be paid to raising public awareness and finding appropriate ways of communicating information on prevention of visual loss and ways of treating eye conditions.

**Proposed action for Member States**

**41.** Establish and support national coordinating mechanisms, such as national coordinators posts for eye health and prevention of blindness at health ministries and other key institutions, as appropriate.

**42.** Consider budgetary appropriations for eye health and prevention of blindness.

**43.** Promote and integrate eye health at all levels of health-care delivery.

**44.** Observe World Sight Day.

**45.** Integrate eye-health preservation in health promotion agendas.

**Action for the Secretariat**

**46.** Conduct political analyses to determine the best way of securing support of high-level decision-makers and their commitment to promoting eye health, and explore the potential impact and ways of integrating blindness prevention in socioeconomic policies and programmes [2009–2011].

**47.** Make policy-makers aware of the relationship between eye diseases, gender, poverty and development, using evidence-based information and epidemiological data and take forward the work on social determinants of health as it relates to eye-health problems [2009–2010].

**48.** Harmonize the advocacy messages used by international partners in various health and development forums [2009–2010].

**49.** Promote collaboration by programmes and groups across the Organization in work on tackling major risk factors for visual impairment.

**Proposed action for international partners**

**50.** Support WHO in involving all stakeholders in advocacy in order to raise awareness of the magnitude of blindness and visual impairment, the availability of cost-effective interventions, and international experience in applying them.

**51.** Support Member States in establishing forums where key stakeholders – including nongovernmental organizations, professional associations, academia, research institutions and the private sector – can agree on concerted action against avoidable blindness and visual impairment.

## 2

**Develop and strengthen national policies, plans and programmes for eye health and prevention of blindness and visual impairment**

**52.** National policies, plans and programmes for eye health and prevention of avoidable blindness and visual impairment are essential instruments for coordinated, evidence-based, cost-effective, sustainable interventions. Integration of eye health into relevant national health policies, including those relating to school and occupational health, facilitates a coordinated multidisciplinary approach and development of comprehensive eye care, with emphasis on primary eye care.

**53.** Evidence-based WHO strategies for tackling several main causes of avoidable blindness and visual impairment have been designed in order to support the formulation of policies and programmes. Some strategies are already in place for the control of trachoma, onchocerciasis, vitamin A deficiency, diabetic retinopathy and some aspects of cataract-related visual loss, but strategies for emerging major causes of visual loss need to be developed.

**Proposed action for Member States**

**54.** Where sufficient capacity exists, develop national strategies and corresponding guidelines for the prevention of blindness and visual impairment; otherwise consider adapting those recommended by WHO.

**55.** Review existing policies addressing visual health, identify gaps and develop new policies in favour of a comprehensive eye-care system.

**56.** Incorporate prevention of blindness and visual impairment in poverty-reduction strategies and relevant socioeconomic policies.

**57.** Involve relevant government sectors in designing and implementing policies, plans and programmes to prevent blindness and visual impairment.

**58.** Develop an eye-health workforce including paramedical professionals and community health workers through training programmes that include a community eye-health component.

**Action for the Secretariat**

**59.** Review the experience of public health strategies for the control of uncorrected refractive errors including presbyopia, glaucoma, age-related macular degeneration, corneal opacity, hereditary eye disease, and selected eye conditions in children including sequelae of vitamin A deficiency [2009–2011].

**60.** Facilitate establishment and activities of eye health and national blindness-prevention committees, advise Member States on their composition, role and function, and provide direct technical support for developing, implementing and evaluating national plans.

**61.** Develop a coordinated and standardized approach to the collection, analysis and dissemination of information on the implementation of national eye health-related policies, best practices in the public health aspects of blindness prevention, including information on the available health insurance systems, and their impact on the various aspects of eye-care provision [2009–2011].

**62.** Promote collaboration with other major programmes and partnerships (e.g. the WHO Global Health Workforce Alliance) to promote the development of human resources for eye-care provision at primary, secondary and tertiary levels [2009–2010].

**63.** Review educational curricula and best practices for education and training of eye health-care professionals [2010–2011].

**64.** Strengthen the capacity of regional and country offices to provide technical support for eye health/prevention of blindness.

**Proposed action for international partners**

**65.** Promote WHO-recommended strategies and guidelines for prevention of blindness and visual impairment, and, with the assistance of Member States, contribute to the collection of national information on their implementation.

**66.** Generate resources for, and support the implementation of, national blindness-prevention plans in order to avoid duplication of effort.

**67.** Provide continued support to programmes controlling nutritional and communicable causes of blindness.

## 3

**Increase and expand research for the prevention of blindness and visual impairment**

**68.** Public-health action to prevent blindness and visual impairment needs to be evidence-based and cost-effective. International collaboration in promoting multidimensional and multisectoral research is essential for developing eye-care systems that are comprehensive, integrated, equitable, high-quality and sustainable. Further research is needed on ways to capitalize on available evidence. Special emphasis should be placed on evaluating interventions and different strategies for early detection and screening of the causes of blindness and visual impairment in different population groups, including children.

**Proposed action for Member States**

**69.** Promote research by national research institutions on socioeconomic determinants, the role of gender, the cost-effectiveness of interventions, and identification of high-risk population groups.

**70.** Assess the economic cost of blindness and visual impairment and its impact on socioeconomic development.

**71.** Determine the impact of poverty and other determinants on the gradient of socioeconomic disparity in individuals' access to eye-care services.

**72.** Include epidemiological, behavioural, health-system and health-workforce research as part of national programmes for eye health and prevention of blindness and visual impairment.

**Action for the Secretariat**

**73.** Collate, in collaboration with other partners, existing data on risk factors, such as smoking, unhealthy diet, physical inactivity, ultraviolet radiation and lack of hygiene, and coordinate the development of a prioritized research agenda related to the causes and prevention of blindness with special emphasis on low- and middle-income countries [2009–2011].

**74.** Support Member States in assessing the impact of public health policies and strategies on the status of eye health and share the results.

**75.** Facilitate development of projection models on trends in the causes and magnitude of blindness and visual impairment and prioritize development of, and target setting for, eye-care systems [2010–2011].

**Proposed action for international partners**

**76.** Support low- and middle-income countries in building capacity for epidemiological and health systems research, including the analytical and operational research required for programme implementation and evaluation in the area of eye disease.

**77.** Support collaboration between institutions in low- and middle-income countries and high-income countries.

**78.** Support and prioritize in coordination with Member States research on eye diseases at the global, regional and subregional levels.

**79.** Strengthen and support WHO Collaborating Centres and national research institutions in research related to prevention of blindness and visual impairment.

## 4

**Improve coordination between partnerships and stakeholders at national and international levels for the prevention of blindness and visual impairment**

80. Large international partnerships and alliances have been instrumental in developing effective public health responses for the prevention of blindness and visual impairment. Member States, United Nations agencies, other international institutions, academia, research centres, professional health-care organizations, nongovernmental organizations, service organizations, civil society and the corporate sector are key stakeholders in this process. The challenges are to strengthen global and regional partnerships and to incorporate the prevention of blindness into broader development initiatives that include efforts to establish new intersectoral forms of collaboration and alliances.

**Proposed action for Member States**

81. Promote participation in, and actively support, existing national and international partnerships and alliances for the prevention of avoidable blindness and visual impairment, including coordination with noncommunicable disease control programmes and neglected tropical disease prevention and control.

82. Promote partnerships between the public, private and voluntary sectors at national and subnational levels.

**Action for the Secretariat**

83. Convene the WHO Monitoring Committee for the Elimination of Avoidable Blindness pursuant to resolution WHA56.26 [2009].

84. Support and strengthen the role of WHO Collaborating Centres by linking their workplans to the implementation of this plan [2009–2010].

**Proposed action for international partners**

85. Collaborate closely with and provide support to Member States and the Secretariat in implementing the various components of this plan.

86. Liaise with other international organizations and agencies with broader development agendas in order to identify opportunities for collaboration.

87. Continue to support the existing partnerships for onchocerciasis and trachoma control until these diseases are eliminated as public health problems.

## 5

**Monitor progress in elimination of avoidable blindness at national, regional and global levels**

88. Information on causes, the magnitude and geographical distribution of blindness and visual impairment, together with their trends, is essential for evidence-based advocacy and planning. Likewise, understanding the constraints and gaps in current service delivery and monitoring how these are corrected by Member States are crucial to successful implementation. Necessary and timely adjustments can only be made on the basis of continuous monitoring and periodic evaluation of action to prevent blindness.

**Proposed action for Member States**

89. Provide regularly updated data and information on prevalence and causes of blindness and visual impairment, disaggregated by age, gender and socioeconomic status.
90. Strengthen standardized data collection and establish surveillance systems using existing WHO tools (for example, those used for cataract, trachoma and onchocerciasis).
91. Provide regular reports using the WHO standardized reporting system, on progress made in implementing national blindness-prevention strategies and plans.

**Action for the Secretariat**

92. In collaboration with the main stakeholders, review and update the list of indicators for monitoring and periodic evaluation of action to prevent blindness and visual impairment, and determine targets and timelines [2009–2011].
93. Review data inputs in order to determine the impact of action to prevent avoidable blindness and visual impairment at country level, with the aim of showing a reduction in the magnitude of avoidable blindness, pursuant to resolution WHA56.26 [2009–2011].
94. Document, from countries with successful blindness prevention programmes, good practices and blindness prevention systems or models that could be modified or applied in other countries, pursuant to resolution WHA56.26 [2009–2010].
95. Initiate periodic independent evaluation of work on preventing blindness and visual impairment, including that of international partnerships, to be reviewed by the WHO Monitoring Committee for the Elimination of Avoidable Blindness [2009–2010].
96. Contribute to the Global Burden of Disease 2005 study<sup>1</sup> [2009–2010].

**Proposed action for international partners**

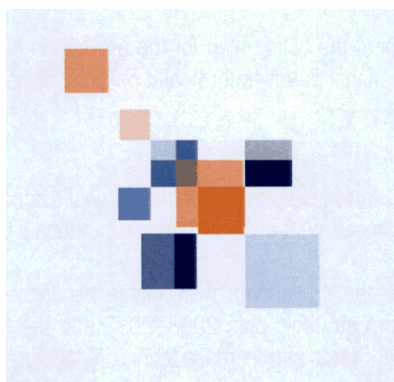
97. Provide collaborative support to Member States and the Secretariat in monitoring and evaluating progress in prevention and control of blindness and visual impairment at regional and global levels.
98. Collaborate with WHO in establishing a network for review of regional and global monitoring and evaluation of progress in the prevention of blindness and visual impairment.

<sup>1</sup> <http://www.globalburden.org>.

## INDICATORS

**99.** In order to assess trends in the causes of blindness and visual impairment, to measure the progress made by Member States in preventing blindness and visual impairment, and to monitor implementation of this action plan, a set of core process and outcome indicators needs to be identified and defined. The indicators will mostly focus on action taken by the Secretariat and by Member States. Each country may develop its own set of indicators based

on priorities and resources; however, in order to track progress globally and regionally, data and information collection needs to be standardized. The current set of indicators used by WHO in monitoring and reporting on the global status of the prevention of blindness and visual impairment<sup>1</sup> should be reviewed and updated. Baseline values are available in WHO for many of the indicators; for those for which there are no baseline values, mechanisms will be established for collecting relevant data.



<sup>1</sup> Document WHO/PBL/03.92.

Resolution of the Sixty-second World Health Assembly:



# WHA62.1

## Prevention of avoidable blindness and visual impairment

The Sixty-second World Health Assembly,

Having considered the report and draft action plan on the prevention of avoidable blindness and visual impairment;<sup>1</sup>

Recalling resolutions WHA56.26 on elimination of avoidable blindness and WHA59.25 on prevention of avoidable blindness and visual impairment;

Recognizing that the action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment complements the action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases endorsed by the Health Assembly in resolution WHA61.14,

1. ENDORSES the action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment;
2. URGES Member States to implement the action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment, in accordance with national priorities for health policies, plans and programmes;
3. REQUESTS the Director-General:
  - (1) to provide support to Member States in implementing the proposed actions in the plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment in accordance with national priorities;
  - (2) to continue to give priority to the prevention of avoidable blindness and visual impairment, within the framework of the Medium-term strategic plan 2008–2013 and the programme budgets in order to strengthen capacity of the Member States and increase technical capacity of the Secretariat;
  - (3) to report to the Sixty-fifth and Sixty-seventh World Health Assemblies, through the Executive Board, on progress in implementing the action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment.

(Sixth plenary meeting, 21 May 2009 –  
Committee A, first report)

<sup>1</sup> Document A62/7.

Resolution of the Fifty-ninth World Health Assembly:



# WHA59.25

## Prevention of avoidable blindness and visual impairment

The Fifty-ninth World Health Assembly,

Having considered the report on prevention of avoidable blindness and visual impairment;<sup>1</sup>

Recognizing that more than 161 million people worldwide are visually impaired, of whom 37 million are blind, and that an estimated 75% of blindness is avoidable or curable using established and affordable technologies;

Recalling resolution WHA56.26 on the elimination of avoidable blindness;

Noting that many Member States have committed themselves to providing support for the Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness, known as Vision 2020 – the Right to Sight;

Noting with concern that only 32% of targeted countries had drafted a national Vision 2020 plan by August 2005;

Acknowledging the links between poverty and blindness, and that blindness places a heavy economic burden on families, communities and countries, particularly developing countries;

Further acknowledging that control of both onchocerciasis and trachoma has come about through the commitment of broad international alliances;

Welcoming the important actions undertaken at regional, subregional and international levels by Member States with a view to achieving substantial progress in the elimination of avoidable blindness through greater international cooperation and solidarity,

1. URGES Member States:

- (1) to reinforce efforts to set up national Vision 2020 plans as called for in resolution WHA56.26;
- (2) to provide support for Vision 2020 plans by mobilizing domestic funding;
- (3) to include prevention of avoidable blindness and visual impairment in national development plans and goals;
- (4) to advance the integration of prevention of avoidable blindness and visual impairment in primary health care and in existing health plans and programmes at regional and national levels;

<sup>1</sup> Document A59/12.

(5) to encourage partnerships between the public sector, nongovernmental organizations, the private sector, civil society and communities in programmes and activities for prevention of blindness at all levels;

(6) to develop and strengthen eye-care services and integrate them in the existing health-care system at all levels, including the training and re-training of health workers in visual health;

(7) to promote and provide improved access to health services both with regard to prevention as well as treatment for ocular conditions;

(8) to encourage integration, cooperation and solidarity between countries in the areas of prevention and care for blindness and visual impairment;

(9) to make available within health systems essential medicines and medical supplies needed for eye care;

2. REQUESTS the Director-General:

(1) to give priority to prevention of avoidable blindness and visual impairment, and to provide necessary technical support to Member States;

(2) to provide support to collaboration among countries for prevention of avoidable blindness and visual impairment in particular in the area of training of all categories of relevant staff;

(3) to monitor progress in the Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness in collaboration with international partners, and to report to the Executive Board every three years;

(4) to ensure that prevention of blindness and visual impairment are included in the implementation and monitoring of WHO's Eleventh General Programme of Work, and to strengthen global, regional and national activities for prevention of blindness;

(5) to add prevention of blindness and visual impairment to WHO's medium-term strategic plan 2008-2013 and proposed programme budget 2008-2009 which are currently in preparation;

(6) to strengthen cooperation through regional, subregional and international efforts with the view to achieving the goals set out in this resolution.

(Ninth plenary meeting, 27 May 2006 –  
Committee A, sixth report)

Resolution of the Fifty-sixth World Health Assembly:



# WHA56.26

## Elimination of avoidable blindness

The Fifty-sixth World Health Assembly,

Having considered the report on elimination of avoidable blindness;<sup>1</sup>

Recalling resolutions WHA22.29, WHA25.55 and WHA28.54 on prevention of blindness, WHA45.10 on disability prevention and rehabilitation, and WHA51.11 on the global elimination of blinding trachoma;

Recognizing that 45 million people in the world today are blind and that a further 135 million people are visually impaired;

Acknowledging that 90% of the world's blind and visually impaired people live in the poorest countries;

Noting the significant economic impact of this situation on both communities and countries;

Aware that most of the causes of blindness are avoidable and that the treatments available are among the most successful and cost-effective of all health interventions;

Recalling that, in order to tackle avoidable blindness and avoid further increase in numbers of blind and visually impaired people, the Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness, known as Vision 2020 – the Right to Sight, was launched in 1999 to eliminate avoidable blindness;

Appreciating the efforts made by Member States in recent years to prevent avoidable blindness, but mindful of the need for further action,

1. URGES Member States:

(1) to commit themselves to supporting the Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness by setting up, not later than 2005, a national Vision 2020 plan, in partnership with WHO and in collaboration with nongovernmental organizations and the private sector;

(2) to establish a national coordinating committee for Vision 2020, or a national blindness prevention committee, which may include representative(s) from consumer or patient groups, to help develop and implement the plan;

(3) to commence implementation of such plans by 2007 at the latest;

(4) to include in such plans effective information systems with standardized indicators and periodic monitoring and evaluation, with the aim of showing a reduction in the magnitude of avoidable blindness by 2010;

<sup>1</sup> Document A56/26.

(5) to support the mobilization of resources for eliminating avoidable blindness;

2. REQUESTS the Director-General:

(1) to maintain and strengthen WHO's collaboration with Member States and the partners of the Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness;

(2) to ensure coordination of the implementation of the Global Initiative, in particular by setting up a monitoring committee grouping all those involved, including representatives of Member States;

(3) to provide support for strengthening national capability, especially through development of human resources, to coordinate, assess and prevent avoidable blindness;

(4) to document, from countries with successful blindness prevention programmes, good practices and blindness prevention systems or models that could be applied or modified in other developing countries;

(5) to report to the Fifty-ninth World Health Assembly on the progress of the Global Initiative.

(Tenth plenary meeting, 28 May 2003 –  
Committee B, fifth report)

Resolution of the Fifty-first World Health Assembly:



# WHA51.11

## Global elimination of blinding trachoma

The Fifty-first World Health Assembly,

Recalling resolutions WHA22.29, WHA25.55 and WHA28.54 on the prevention of blindness, and WHA45.10 on disability prevention and rehabilitation;

Aware of previous efforts and progress made in the global fight against infectious eye diseases, in particular trachoma;

Noting that blinding trachoma still constitutes a serious public health problem amongst the poorest populations in 46 endemic countries;

Concerned that there are at present some 146 million active cases of the disease, mainly among children and women and that, in addition, almost six million people are blind or visually disabled as a result of trachoma;

Recognizing the need for sustainable community-based action - including surgery for intumed eyelids, antibiotics use, facial cleanliness and environmental improvement (the SAFE strategy) - for the elimination of blinding trachoma in the remaining endemic countries;

Encouraged by recent progress towards simplified assessment and enhanced management of the disease, including large-scale preventive measures, particularly for vulnerable groups;

Noting with satisfaction the recent establishment of the WHO alliance for the global elimination of trachoma, comprising certain collaborating nongovernmental organizations and foundations and other interested parties,

1. CALLS ON Member States:

- (1) to apply the new methods for the rapid assessment and mapping of blinding trachoma in the remaining endemic areas;
- (2) to implement, as required, the strategy - including surgery for intumed eyelids, antibiotics use, facial cleanliness and environmental improvement (the SAFE strategy) - for the elimination of blinding trachoma;
- (3) to collaborate in the WHO alliance for the global elimination of trachoma and its network of interested parties for the global coordination of action and specific support;
- (4) to consider all possible intersectoral approaches for community development in endemic areas, particularly for greater access to clean water and basic sanitation for the populations concerned;

2. REQUESTS the Director-General:

- (1) to intensify the cooperation needed for the elimination of blinding trachoma with Member States in which the disease is endemic;
- (2) further to refine the components of the SAFE strategy for trachoma elimination, particularly through operational research, and by considering potential antibiotic or other treatment schemes for safe large-scale application;
- (3) to strengthen interagency collaboration, particularly with UNICEF and the World Bank, for the mobilization of the necessary global support;
- (4) to facilitate the mobilization of extrabudgetary funds;
- (5) to report on progress, as appropriate, to the Executive Board and the Health Assembly.

(Tenth plenary meeting, 16 May 1998 –  
Committee A, fourth report)

# Annex 1

Annex 1

## ACTION PLAN FOR THE PREVENTION OF AVOIDABLE BLINDNESS AND VISUAL IMPAIRMENT: OVERVIEW OF ACTIONS

	Member States	International Partners	WHO Secretariat
<b>OBJECTIVE 1. Strengthen advocacy to increase Member States' political, financial and technical commitment in order to eliminate avoidable blindness and visual impairment</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establish and support national coordinating mechanisms, such as national coordinators posts for eye health and prevention of blindness at health ministries and other key institutions, as appropriate.</li> <li>2. Consider budgetary appropriations for eye health and prevention of blindness.</li> <li>3. Promote and integrate eye health at all levels of health-care delivery.</li> <li>4. Observe World Sight Day.</li> <li>5. Integrate eye-health preservation in health promotion agendas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Support WHO in involving all stakeholders in advocacy in order to raise awareness of the magnitude of blindness and visual impairment, the availability of cost-effective interventions, and international experience in applying them.</li> <li>2. Support Member States in establishing forums where key stakeholders – including nongovernmental organizations, professional associations, academia, research institutions and the private sector – can agree on concerted action against avoidable blindness and visual impairment.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conduct political analyses to determine the best way of securing support of high-level decision-makers and their commitment to promoting eye health, and explore the potential impact and ways of integrating blindness prevention in socioeconomic policies and programmes [2009–2011].</li> <li>2. Make policy-makers aware of the relationship between eye diseases, gender, poverty and development, using evidence-based information and epidemiological data and take forward the work on social determinants of health as it relates to eye-health problems [2009–2010].</li> <li>3. Harmonize the advocacy messages used by international partners in various health and development forums [2009–2010].</li> <li>4. Promote collaboration by programmes and groups across the Organization in work on tackling major risk factors for visual impairment.</li> </ol>
<b>OBJECTIVE 2. Develop and strengthen national policies, plans and programmes for eye health and prevention of blindness and visual impairment</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Where sufficient capacity exists, develop national strategies and corresponding guidelines for the prevention of blindness and visual impairment; otherwise consider adapting those recommended by WHO.</li> <li>2. Review existing policies addressing visual health, identify gaps and develop new policies in favour of a comprehensive eye-care system.</li> <li>3. Incorporate prevention of blindness and visual impairment in poverty-reduction strategies and relevant socioeconomic policies.</li> <li>4. Involve relevant government sectors in designing and implementing policies, plans and programmes to prevent blindness and visual impairment.</li> <li>5. Develop an eye-health workforce including paramedical professionals and community health workers through training programmes that include a community eye-health component.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promote WHO-recommended strategies and guidelines for prevention of blindness and visual impairment, and, with the assistance of Member States, contribute to the collection of national information on their implementation.</li> <li>2. Generate resources for, and support the implementation of, national blindness-prevention plans in order to avoid duplication of effort.</li> <li>3. Provide continued support to programmes controlling nutritional and communicable causes of blindness.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Review the experience of public health strategies for the control of uncorrected refractive errors including presbyopia, glaucoma, age-related macular degeneration, corneal opacity, hereditary eye disease, and selected eye conditions in children including sequelae of vitamin A deficiency [2009–2011].</li> <li>2. Facilitate establishment and activities of eye health and national blindness-prevention committees; advise Member States on their composition, role and function, and provide direct technical support for developing, implementing and evaluating national plans.</li> <li>3. Develop a coordinated and standardized approach to the collection, analysis and dissemination of information on the implementation of national eye health-related policies, best practices in the public health aspects of blindness prevention, including information on the available health insurance systems, and their impact on the various aspects of eye-care provision [2009–2011].</li> <li>4. Promote collaboration with other major programmes and partnerships (e.g. the WHO Global Health Workforce Alliance) to promote the development of human resources for eye-care provision at primary, secondary and tertiary levels [2009–2010].</li> <li>5. Review educational curricula and best practices for education and training of eye health-care professionals [2010–2011].</li> <li>6. Strengthen the capacity of regional and country offices to provide technical support for eye health/prevention of blindness.</li> </ol>

<b>OBJECTIVE 3. Increase and expand research for the prevention of blindness and visual impairment</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promote research by national research institutions on socioeconomic determinants, the role of gender, the cost-effectiveness of interventions, and identification of high-risk population groups.</li> <li>Assess the economic cost of blindness and visual impairment and its impact on socioeconomic development.</li> <li>Determine the impact of poverty and other determinants on the gradient of socioeconomic disparity in individuals' access to eye-care services.</li> <li>Include epidemiological, behavioural, health-system and health-workforce research as part of national programmes for eye health and prevention of blindness and visual impairment.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Support low- and middle-income countries in building capacity for epidemiological and health systems research, including the analytical and operational research required for programme implementation and evaluation in the area of eye disease.</li> <li>Support collaboration between institutions in low- and middle-income countries and high-income countries.</li> <li>Support and prioritize in coordination with Member States research on eye diseases at the global, regional and subregional levels.</li> <li>Strengthen and support WHO Collaborating Centres and national research institutions in research related to prevention of blindness and visual impairment.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Collate, in collaboration with other partners, existing data on risk factors, such as smoking, unhealthy diet, physical inactivity, ultraviolet radiation and lack of hygiene, and coordinate the development of a prioritized research agenda related to the causes and prevention of blindness with special emphasis on low- and middle-income countries [2009–2011].</li> <li>Support Member States in assessing the impact of public health policies and strategies on the status of eye health and share the results.</li> <li>Facilitate development of projection models on trends in the causes and magnitude of blindness and visual impairment and prioritize development of, and target setting for, eye-care systems [2010–2011].</li> </ol>
<b>OBJECTIVE 4. Improve coordination between partners and stakeholders at national and international levels for the prevention of blindness and visual impairment</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promote participation in, and actively support, existing national and international partnerships and alliances for the prevention of avoidable blindness and visual impairment, including coordination with noncommunicable disease control programmes and neglected tropical disease prevention and control.</li> <li>Promote partnerships between the public, private and voluntary sectors at national and subnational levels.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Collaborate closely with and provide support to Member States and the Secretariat in implementing the various components of this plan.</li> <li>Liaise with other international organizations and agencies with broader development agendas in order to identify opportunities for collaboration.</li> <li>Continue to support the existing partnerships for onchocerciasis and trachoma control until these diseases are eliminated as public health problems.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Convene the WHO Monitoring Committee for the Elimination of Avoidable Blindness pursuant to resolution WHA56.26 [2009].</li> <li>Support and strengthen the role of WHO Collaborating Centres by linking their workplans to the implementation of this plan [2009–2010].</li> </ol>
<b>OBJECTIVE 5. Monitor progress in elimination of avoidable blindness at national, regional and global levels</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Provide regularly updated data and information on prevalence and causes of blindness and visual impairment, disaggregated by age, gender and socioeconomic status.</li> <li>Strengthen standardized data collection and establish surveillance systems using existing WHO tools (for example those used for cataract, trachoma and onchocerciasis).</li> <li>Provide regular reports using the WHO standardized reporting system, on progress made in implementing national blindness-prevention strategies and plans.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Provide collaborative support to Member States and the Secretariat in monitoring and evaluating progress in prevention and control of blindness and visual impairment at regional and global levels.</li> <li>Collaborate with WHO in establishing a network for review of regional and global monitoring and evaluation of progress in the prevention of blindness and visual impairment.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>In collaboration with the main stakeholders, review and update the list of indicators for monitoring and periodic evaluation of action to prevent blindness and visual impairment, and determine targets and timelines [2009–2011].</li> <li>Review data inputs in order to determine the impact of action to prevent avoidable blindness and visual impairment at country level, with the aim of showing a reduction in the magnitude of avoidable blindness, pursuant to resolution WHA56.26 [2009–2011].</li> <li>Document, from countries with successful blindness prevention programmes, good practices and blindness prevention systems or models that could be modified or applied in other countries, pursuant to resolution WHA56.26 [2009–2010].</li> <li>Initiate periodic independent evaluation of work on preventing blindness and visual impairment, including that of international partnerships, to be reviewed by the WHO Monitoring Committee for the Elimination of Avoidable Blindness [2009–2010].</li> <li>Contribute to the Global Burden of Disease 2005 study[1] [2009–2010].</li> </ol>

PAGINA BIANCA

**LINEE di INDIRIZZO**  
per la  
**CONDUZIONE DI PROGETTI DI PREVENZIONE della CECITA' e dell'IPOVISIONE**  
in ambito di  
**COOPERAZIONE INTERNAZIONALE**  
*Commissione Nazionale per la Prevenzione della Cecità e dell'ipovisione*  
Dicembre 2012



## Introduzione

Nel 2012, usando i dati più recenti ed attendibili, l'OMS ha pubblicato la stima del numero globale di persone con un deficit visivo: nel mondo ci sono almeno 285 milioni di persone con un deficit visivo grave e l'82 % di queste hanno oltre 50 anni. L'80% di tale difetti è evitabile, con la prevenzione o la cura.

Il numero di persone cieche nel mondo è stimato in 39 milioni di persone. Di queste, oltre l'80% vive nei Paesi a medio o basso reddito, con una capacità di accesso alle cure trascurabile. Anche nelle regioni e paesi del mondo dove le cure sono disponibili, l'accesso alle cure non è garantito a tutti.

Dai dati riportati emerge come la prevenzione della cecità, intesa come l'insieme degli interventi di prevenzione dei fattori di rischio e delle circostanze di contrarre o sviluppare malattie (Prevenzione primaria), terapia medica o chirurgica precoce della patologia o della patologia conclamata (Prevenzione secondaria) e riabilitazione del malato una volta sviluppatesi le conseguenze invalidanti della patologia (Prevenzione terziaria), sia una priorità sanitaria a livello mondiale, ed ancor più una vera emergenza in taluni Paesi, soprattutto quelli a basso reddito, dove sono colpite le comunità rese fragili dalla povertà, la mancanza di educazione, le condizioni di vita difficili, le carenze di accesso ai sistemi sanitari nazionali. Sempre più, alle cause infettive di cecità (infezioni corneali, tracoma, oncocercosi) vanno ad affiancarsi le cause croniche della stessa, come la retinopatia diabetica, il glaucoma, le degenerazioni retiniche legate all'età, mentre il ruolo dei difetti rifrattivi, come causa di ipovisione ed ostacolo allo sviluppo cognitivo e sociale dell'individuo, diventa sempre più misurabile e rilevante. La combinazione dei due tipi di cause, infettive e croniche, allarga il numero di persone a rischio di un deficit visivo grave, con un aumento del bisogno di interventi tempestivi e la necessità di sviluppare sistemi sanitari integrati.

Per ovviare alle carenze di alcuni sistemi sanitari nazionali, per rispondere alle emergenze, per aiutare lo sviluppo locale dei servizi per la salute, molti governi, organizzazioni, istituzioni e singoli sono impegnati, da decenni, in collaborazioni sanitarie internazionali per la salute oculare. Dalle missioni sanitarie per operare le cataratte si è gradualmente passati alla messa in opera di centri sanitari locali, dalle formazioni in Italia (o Europa) si è passati alle missioni di formazione in loco, dalle corte collaborazioni con i colleghi nei paesi in via di sviluppo si è passati alle cooperazioni di lungo periodo, per fare sì che il bene condiviso della salute oculare diventi una costante e non più un'opportunità sporadica.

Per dare testimonianza di tale cambiamento paradigmatico avvenuto nell'ultimo ventennio e per condividere l'esperienza pluriennale in campo di cooperazione sanitaria internazionale, sono state redatte queste Linee di Indirizzo che non devono essere considerate esaustive né tassative, ma sono intese come una prima guida di inquadramento generale per coloro che si vogliono affacciare alla cooperazione sanitaria internazionale, con l'intenzione di riflettere le esperienze pratiche per una buona riuscita dei progetti e per assicurare che la preparazione degli stessi sia inquadrata in un piano più ampio di sviluppo del sistema sanitario locale.

Nel settembre 2010 il Ministero della Salute (in ambito Commissione nazionale prevenzione ipovisione e cecità) ha commissionato un censimento dei progetti italiani di cooperazione internazionale in tema di salute oculare all'ONG CBM Italia Onlus. Tale censimento ha permesso di individuare 30 enti, su 280 considerati, che nel biennio 2009-2010 hanno sviluppato 135 progetti di cooperazione sanitaria internazionale per la salute visiva. I progetti hanno presentato diverse tipologie di attività, come la costruzione e l'avvio di ospedali oftalmici e centri di diagnosi oculistica, l'avvio di scuole e case famiglie o la semplice fornitura di materiale scolastico in braille alle scuole. Queste Linee di Indirizzo sono pertanto rivolte anche a questi enti che hanno già sperimentato progetti di cooperazione internazionale nel campo della prevenzione dell'ipovisione e della cecità.

Ci auguriamo che il documento prodotto sia di aiuto e soprattutto di sprone ad impegnarsi in un'opera di cooperazione che renda lustro all'Italia, condivida le capacità e competenze nazionali con le comunità meno fortunate, permetta ai colleghi di ricevere dall'aiuto prestato una ricompensa morale che non è seconda a nessuna altra ricompensa.

**Sommario**

- 1 Progettazione dell'intervento
- 2 Stesura del contratto (donazione/progetto/programma)
- 3 Formazione del personale
- 4 Beni e strumentazione
- 5 Spedizione dei beni
- 6 Codice Etico e di Buona Gestione
- 7 Monitoraggio e valutazione
- 8 Tipologia dei progetti

## Progettazione dell'intervento

- **Intervenire solo su richiesta di partner locali.**

Tale richiesta può essere spontanea (avanzata dal partner locale dopo incontri fortuiti) o dopo un incontro pianificato. La prima richiesta deve sempre essere formalizzata, e provenire dal partner locale.

- **Valutare l'idoneità della proposta.**

- A Calcolare la stima dei bisogni in base alla prevalenza delle patologie oftalmiche nella popolazione.
- B Valutare attentamente la collocazione geografica: un reparto oculistico di 2° livello con sala operatoria deve essere facilmente raggiungibile ed avere un bacino di utenza sufficientemente grande (> 100.000 abitanti)
- C Se il servizio è già attivo, raccogliere dati sulle prestazioni fornite, sulla superficie dei locali, sulle attrezzature disponibili, sul personale.
- D Verificare tramite l'ufficio nazionale dell'OMS se esiste già un centro che eroga i servizi che si vogliono offrire attivo nell'area del progetto, o se ne siano previsti dal piano nazionale di prevenzione della cecità (se presente). La lista degli uffici nazionali dell'OMS si trova su: [www.who.int](http://www.who.int).
- E Verificare la congruenza tra obiettivi da raggiungere e disponibilità economiche del partner e del donatore.

- **Valutare la solidità del partner.**

- A Scegliere di preferenza un partner istituzionale (Programma governativo, Associazione riconosciuta dal governo, Congregazione Religiosa), non una persona fisica (singolo laico, medico, suora / sacerdote che presenta una sua iniziativa privata).
- B Chiedere al partner di dimostrare in modo concreto la propria collaborazione con il governo locale o centrale (una lettera di sostegno da parte del Ministero della Salute è il documento tipico che si chiede prima di iniziare un programma di intervento).

- **Contattare l'Ambasciata e la Diocesi.**

Considerare l'opportunità di presentare preliminarmente il progetto (o l'idea del progetto) all'Ambasciata d'Italia ed alla Diocesi, qualora presenti.

A) **l'Ambasciata** è fonte di notizie preziose sulla situazione politica del luogo dove si intende basare l'intervento; la conoscenza di eventuali tensioni etniche, politiche o religiose è importante per meglio disegnare l'intervento ed evitare errori diplomatici che possono inficiare la sopravvivenza del progetto stesso. L'Ambasciata può fornire indicazioni su come gestire l'avvio del progetto, ed essere al corrente di progetti coesistenti con i quali scambiare ed acquisire informazioni preziose. Qualora si dovessero presentare emergenze o problemi, è bene che l'Ambasciatore sia al corrente del progetto e non informato all'ultimo momento, per facilitare il suo ruolo di mediatore, ove appropriato.

B) **la Diocesi** può dare informazioni sulla esistenza in loco di altre missioni e/o centri salute, da contattare onde informare del nuovo servizio e creare un miglior servizio alla popolazione; può inoltre esser interessata a far ricevere al suo personale locale un'educazione sanitaria dal personale implicato nel progetto.

- **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 periorbitali, 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.

PAGINA BIANCA

€ 7,60



\*171330001530\*