

PREFAZIONE

Anche quest'anno il Ministero della salute presenta la Relazione annuale al Parlamento ai sensi della Legge 284/97 sulla riabilitazione visiva, da sempre un documento di riferimento che descrive tutte le attività istituzionali riconducibili alla gestione della prevenzione dell'ipovisione e della cecità in Italia, materia importante ed al tempo stesso delicata perché tratta la disabilità visiva e fa riferimento alla tutela di una popolazione fragile.

Considero questo documento molto importante perché ha lo scopo di fornire informazioni utili su una disabilità ancora molto diffusa, in Italia e nel mondo: all'interno della Relazione è possibile trovare non solo i dati sulle attività svolte da questo Dicastero per la prevenzione della cecità e l'ipovisione ma anche dalle Agenzie controllate dallo stesso Ministero, come la IAPB Italia onlus e il Polo Nazionale dei Servizi e Ricerca per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva, affinché ci sia trasparenza e diffusione capillare delle informazioni sui programmi di azione, ma anche sugli obiettivi raggiunti.

Essere consapevoli che ci sono programmi di governo e azioni guidate anche dall'Organizzazione Mondiale della sanità, per la lotta alla cecità, aumenta la sensibilità della collettività e del mondo scientifico su questa disabilità rendendola anche meno gravosa da affrontare per il cittadino ipovedente o cieco che si sente affiancato dalle istituzioni e parte integrante della società.

Tutelare un soggetto vulnerabile significa aggiungere alle azioni svolte per l'assistenza e la prevenzione anche un vero e proprio valore etico e sociale per fare del Servizio Sanitario Nazionale una realtà, efficace ed efficiente, anche capace di consentire l'empowerment del disabile visivo, così come ci richiede la Convenzione ONU sui diritti dei disabili.

Occorre maggior impegno di tutti per attuare in modo effettivo la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità del 13 dicembre 2006, primo trattato universale in tema di diritti umani ratificato dall'Unione europea (la Convenzione è stata ratificata in Italia con la legge 3 marzo 2009 n. 18).

Mi auguro che la Relazione annuale qui riportata possa essere un utile contributo informativo e ringrazio tutti coloro che hanno partecipato con impegno alla sua realizzazione.

Beatrice Lorenzin

INTRODUZIONE



Contesto

Nella Gazzetta Ufficiale n. 61 del 14 marzo 2009 è stata pubblicata la Legge 3 marzo 2009 n. 18, recante la ratifica e l'esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006. La Convenzione (Legge 18/2009) chiarisce che tutte le categorie di diritti si applicano alle persone con disabilità e identifica le aree nelle quali può essere necessario intervenire per rendere possibile ed effettiva la fruizione di tali diritti e quelle nelle quali la protezione andrebbe rafforzata.

Tale convenzione evidenzia come la "la disabilità" sia un concetto in evoluzione, il risultato dell'interazione tra persone con menomazione e barriere comportamentali ed ambientali che impediscono la loro piena ed effettiva inclusione partecipata nella società su base di uguaglianza con gli altri.

I principi entro i quali la Convenzione si muove sono: il rispetto della persona nelle sue scelte di autodeterminazione; la non discriminazione; l'integrazione sociale; l'accettazione delle condizioni di diversità della persona disabile rispetto delle pari opportunità e dell'uguaglianza tra uomini e donne; l'accessibilità; il rispetto dello sviluppo dei bambini con disabilità.

Riteniamo che utilizzare i principi della Convenzione ONU per introdurre la Relazione annuale al Parlamento sulle politiche sanitarie svolte dal Ministero della salute, in attuazione della legge 284/97, per la riabilitazione dell'ipovedente e del cieco, sia una dimostrazione dell'attenzione di questo Dicastero alle persone con disabilità visiva.

Epidemiologia

Secondo le stime dell'OMS, nel 2010 in tutto il mondo erano presenti 285 milioni di persone affette da disabilità visive, di cui 39 milioni non vedenti. Secondo i dati disponibili l'80% dei deficit visivi, cecità inclusa, è evitabile. A livello mondiale, le due principali cause dei deficit visivi sono gli errori di rifrazione non corretti (42%) e la cataratta (33%). In tutti i paesi esistono interventi dotati di un buon rapporto costo beneficio per la riduzione del carico di entrambe queste condizioni. I deficit visivi sono più frequenti nelle fasce di età più elevata. Nel 2010, l'82% delle persone non vedenti e il 65% di quelle affette da cecità moderata e severa erano ultracinquantenni.

Il notevole aumento del numero di soggetti "ipovedenti" ha determinato, in questi ultimi anni, un rinnovato interesse sia scientifico che istituzionale nei riguardi della prevenzione di ipovisione e cecità.

Le cause dell'aumento dell'ipovisione 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. L'identificazione delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione tanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi.

Per quanto sopra premesso è evidente quanto la prevenzione dell'ipovisione rappresenti un aspetto prioritario in ambito di sanità pubblica.

Strategie e programmi

L'elaborazione e l'attuazione di politiche e piani nazionali per la prevenzione dei deficit visivi evitabili rimangono i pilastri dell'azione strategica. E' quindi fondamentale, per la programmazione delle azioni del Ministero della salute, il Piano Globale OMS 2014 – 2019 per la prevenzione della disabilità visiva.

PIANO D'AZIONE GLOBALE 2014-2019

La *Vision* del piano d'azione globale è “un mondo in cui nessuno sia più affetto da deficit visivi evitabili e in cui coloro che sono affetti da disabilità visive inevitabili possano esprimere il proprio pieno potenziale, con un accesso universale ai servizi per la salute oculare”.

Il piano d'azione globale 2014-2019 mira a sostenere e intensificare gli sforzi posti in atto dagli Stati membri, dal Segretariato e dai partner internazionali per migliorare ulteriormente la salute oculare e lavorare al raggiungimento della *Vision* appena descritta.

Alla base del piano ci sono cinque principi e approcci: accesso universale ed equità, diritti umani, pratiche basate sulle evidenze scientifiche, approccio mirato all'intero corso dell'esistenza ed *empowerment* delle persone affette da deficit visivi*.

Le azioni proposte per gli Stati membri si articolano intorno a tre obiettivi.

- raccogliere evidenze scientifiche sull'entità e sulle cause dei deficit visivi e sui servizi di salute oculare e di utilizzarle per sensibilizzare gli Stati membri a un maggior impegno politico e finanziario nei confronti della salute oculare.
- incoraggiare l'elaborazione e l'attuazione di politiche, piani e programmi nazionali integrati per la salute oculare, al fine di migliorare la salute oculare universale tramite attività in linea con il quadro d'azione dell'OMS per il rafforzamento dei sistemi sanitari ai fini del miglioramento dei risultati sanitari.
- promuovere l'impegno multisettoriale e partenariati efficaci per il miglioramento della salute oculare.

Proprio per l'identificazione precoce della disabilità visiva, anche in linea con quanto richiesto nel Piano di azione dell'OMS, il Ministero della salute ha lavorato per tutto il 2014, in accordo con le Regioni, alla stesura del **Piano nazionale di Prevenzione** dove si prevede un'area completamente dedicata alla prevenzione dell'ipovisione e della cecità (*con specifici programmi di screening oftalmologici neonatali*).

Nella presente Relazione saranno descritte le azioni del Ministero della salute, nell'ambito di quanto previsto dalla Legge 284/97, con il nuovo Piano nazionale di prevenzione 2014 - 2019, per la parte relativa all'ipovisione e la cecità e le attività svolte dalla Commissione nazionale prevenzione cecità.

Saranno quindi riportate le attività svolte da IAPB e dal Polo Nazionale ed il monitoraggio dei dati relativi alle attività dei Centri regionali per la riabilitazione visiva.

*I deficit visivi includono sia i deficit visivi moderati e gravi sia la cecità. Si definisce “cecità” un'acutezza visiva inferiore a 3/60 o una perdita corrispondente di campo visivo di almeno 10° nell'occhio migliore. Si definisce “deficit visivo grave” un'acutezza visiva inferiore a 6/60 ma pari o superiore a 3/60. Si definisce “deficit visivo moderato” un'acutezza visiva inferiore a 6/18 ma pari o superiore a 6/60 (WHO. *Definitions of blindness and visual impairment*. Geneva, World Health Organization, 2012 <http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>).

Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018

La struttura del nuovo PNP

Dal confronto e dall'analisi critica che ha accompagnato tutto il percorso e l'esperienza dei Piani precedenti, enucleandone punti di forza e criticità, sono emersi gli elementi portanti che hanno significativamente contribuito a definire il nuovo impianto del PNP. Per mantenere quella che si è rivelata essere la "buona pratica" della pianificazione, il Piano, a livello centrale, regionale e locale, si connota per l'adozione di percorsi metodologicamente condivisi, al fine di favorire la qualità della programmazione, la comparabilità dei prodotti e dei risultati e la crescita di cultura ed *expertise* di tutti i livelli di responsabilità coinvolti nella messa a punto e nell'attuazione dei Piani. Un ulteriore elemento di evoluzione, scaturito dalle precedenti esperienze, è la scelta di fissare (pochi) obiettivi comuni a Stato e Regioni e lasciare alla programmazione inserita nei vari contesti regionali la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi. In sostanza si prospetta un'ottica di Piano nazionale "alto" rispetto al quale venga fin dall'inizio previsto un momento di "ri-modulazione" delle azioni intraprese per una loro maggiore efficacia nel raggiungere obiettivi comuni. Il risultato che si auspica è migliorativo non solo in termini di coerenza nella relazione tra determinanti/strategie/obiettivi/interventi/risultati, ma anche in termini di integrazione e trasversalità degli interventi programmati dalle Regioni rispetto ai vari gruppi di popolazione, condizioni queste che favoriscono l'efficacia degli interventi stessi.

Un punto indiscutibile rispetto al percorso fino a oggi portato avanti è il ruolo della valutazione, che rappresenta ancora una componente irrinunciabile del Piano, con la duplice funzione di misurazione dell'impatto che il Piano produce sia nei processi, sia negli esiti di salute, sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale e di verifica dell'adempimento LEA (certificazione). Il Piano deve pertanto essere corredato di un adeguato piano di valutazione, ancorato agli obiettivi che si intendono perseguire a tutti i livelli, e basato su un approccio condiviso che conduca non solo alla messa a punto di metodi e/o procedure di monitoraggio e valutazione (quantitativi e qualitativi) comuni e rigorosi ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati della valutazione per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi. Strumentale alla valutazione è inoltre l'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, che il Piano promuove e valorizza per il necessario e corretto espletamento di tutte le funzioni (di conoscenza, azione, governance, empowerment) che da tale uso derivano.

Vision nel campo della promozione della salute umana e della prevenzione

Questo nuovo Piano 2014 – 2018 intende rispondere a una vision i cui elementi sono:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei due precedenti PNP) di una “prevenzione, promozione e tutela della salute” che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze;
- accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell’innovazione, della governance;
- perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

I Principi del nuovo Piano

- Il Piano 2014-2018 intende essere un “Piano” per una promozione della salute e una prevenzione attuata attraverso azioni che si dipanano in un quadro strategico di quinquennio, prevedendo la possibilità, per le Regioni, di programmazione operativa frazionata (es. in due periodi temporali) e, per il livello centrale e regionale, di periodica valutazione dello stato di realizzazione degli interventi.
- Il Piano fissa obiettivi comuni prioritari supportati da strategie e azioni *evidence based*, in grado nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute sia di sistema e quindi di essere realizzati attraverso interventi sostenibili e “ordinari”; l’applicabilità di tale impostazione è favorita (per es. nella individuazione delle azioni) dal coinvolgimento della rete dell’Evidence Based Prevention, implementata sulla base di quanto già previsto dalle Azioni centrali prioritarie di cui al DM 4 agosto 2011.
- Il Piano definisce un numero limitato di (macro) obiettivi di salute misurabili e intende valutare i risultati raggiunti attraverso indicatori di *outcome* oppure di *early-outcome* o di *output* dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra *output* e *outcome*.
- Il Piano recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale e incorpora gli obiettivi già decisi all’interno di Piani nazionali di settore per quanto attiene alla promozione, prevenzione e tutela della salute, nonché

gli adempimenti previsti dal quadro normativo. Nel fare ciò da un lato intende promuovere l'armonizzazione degli obiettivi formalizzati in tali atti garantendo un approccio complessivo di sanità pubblica; dall'altro, tiene conto dei contesti regionali e locali ai fini della declinazione e attuazione dei macro obiettivi.

- Il Piano garantisce la trasversalità degli interventi: essa deve essere fortemente perseguita anche in termini di integrazione (formale e operativa), ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PNP, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative; pertanto, nel definire le strategie e le azioni tiene in considerazione sia la funzione del SSN di diretta erogazione degli interventi, sia il ruolo di steward del SSN nei confronti degli altri attori e stakeholder.
- Il Piano riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Priorità di intervento e Criteri per la definizione dei Macro obiettivi

I Macro obiettivi di questo Piano sono stati individuati in base alle priorità di seguito elencate.

- Ridurre il carico di malattia. Come è evidente anche dai motivi delle scelte in tale senso fatte a livello dell'OMS, si tratta di sollevare il nostro sistema paese da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare e rendendo questo più sostenibile, anche in relazione agli andamenti demografici tipici del nostro Paese. Ciò è particolarmente proprio dell'obiettivo sulla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili. Ma sono valorizzabili in tal senso anche gli obiettivi sulla riduzione degli incidenti e delle malattie professionali nonché la Promozione dell'invecchiamento attivo (compresa la prevenzione delle demenze).
- Investire sul benessere dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che intende, in un approccio il più possibile olistico, per quella che sarà la classe attiva (lavorativa e dirigente) nella società del prossimo futuro, promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo.
- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive. Si tratta di investire in un patrimonio culturale di grande rilevanza sociale e che nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale e ai conseguenti sforzi attuati dalle istituzioni e dai professionisti del sistema sanitario, ha portato il nostro Paese a considerare come bene comune la pratica di interventi preventivi quali quelli a salvaguardia della salute dei lavoratori, quelli relativi alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni.

- Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili. Questa scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità.
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente. Si tratta di promuovere un rapporto salubre fra salute e ambiente contribuendo alla riduzione delle malattie (in particolare croniche non trasmissibili) ma anche sviluppando tutte le potenzialità di approccio inter-istituzionale del servizio sanitario.

Nella definizione dei macro obiettivi si è tenuto conto, però, anche di criteri di valore strategico.

- Rilevanza. Si tratta di una rilevanza valutata innanzitutto come carico di malattia per l'intera popolazione italiana, ma anche una rilevanza in termini di sviluppo per gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, nonché una rilevanza etica e di coesione sociale.
- Coerenza. Il criterio preponderante in tal senso è quello richiamato nel principio di applicazione di impegni internazionali e/o nazionali e cioè di coerenza con le policy adottate. Inoltre, non si è perseguita la ricerca, magari pedissequa, della coerenza tra i macro obiettivi quanto, piuttosto, di un approccio metodologicamente coerente, applicando per ognuno dei macro-obiettivi la medesima struttura logica.
- Governance. Si tratta della governance complessiva del sistema sanitario nazionale che tiene anche conto di tutti gli attori e stakeholder ed esprime il modo con il quale sono sintetizzate, in un approccio complessivo, quelle che sono riconosciute come le esigenze del Paese e della sua popolazione (nelle sue varie articolazioni), alla luce degli impegni assunti presso gli organismi internazionali cui il Paese partecipa. Questo Piano, in quanto strumento a valenza strategica, adotta la visione di sanità pubblica funzionale alla necessaria armonizzazione dei numerosi interventi di settore come strumento di governance.
- Stewardship. L'applicazione di tale ruolo comporta la promozione del miglioramento del sistema nel suo complesso, in particolare dell'efficienza e dell'efficacia della azione di governo del sistema sanitario.
- Sviluppo. Opportunità di una prospettiva di sviluppo della prevenzione nel suo complesso, in particolare in quelle aree "di salute e/o organizzative" per le quali si riconosce la necessità di un salto di qualità, come per esempio per quanto attiene all'utilizzo delle evidenze scientifiche e alla misurazione dell'impatto degli interventi.

Quindi, fanno parte di questo approccio strategico:

- una sistematica attenzione alla intersettorialità, ai vari livelli di sistema: di governo centrale e di coesione nazionale; di programmazione regionale e di governo locale; di erogazione dei servizi a livello territoriale;
- una sistematica attenzione al miglioramento della qualità sia dei servizi sia della governance;
- una sistematica promozione, lo sviluppo e l'utilizzo di valutazioni quantitative (e quindi dei flussi informativi a ciò finalizzati).

Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali – area ipovisione e cecità

Fattori di rischio/Determinanti

- Fattori ambientali: figurano, per esempio, tutte le *noxae* che agiscono in un determinato momento del periodo gestazionale. I fattori possono essere meccanici, fisici (radiazioni ionizzanti), chimici (soprattutto farmaci), immunologici, metabolici, endocrini, nutrizionali.
- Fattori infettivi rivestono una particolare importanza e tra essi si annoverano patologie contratte dalle donne durante la gravidanza e trasmesse verticalmente all'embrione, quali infezioni da virus rubeolico, da citomegalovirus e da toxoplasma. Nell'embriopatia rubeolica, il rischio di malformazioni è molto elevato se la madre contrae la malattia tra la 1^a e la 16^a settimana di gravidanza, con una percentuale del 20-60% più alta nel primo mese di gravidanza; le patologie oculari sono: la cataratta (frequente nella 2^a-11^a settimana), il glaucoma malformativo, anomalie iridee, la retinopatia e il microftalmo. Le patologie oculari da citomegalovirus sono la corio-retinite centrale e la cataratta; nell'embrio-fetopatia da toxoplasma si ha la corio-retinite necrotizzante centrale (maculopatia), cataratta totale e microftalmo. Si stima che un neonato su mille sia infetto e il 65% sia asintomatico.
- Cataratta congenita: è la più frequente delle anomalie congenite oculari: si stima che sia presente ogni 1.600-2.000 nati in vari gradi di opacità ed è responsabile di circa il 15% dei casi di cecità nell'infanzia, essendo bilaterale in circa 2/3 dei casi.
- Glaucoma congenito: si tratta di una sindrome complessa e grave di natura malformativa a livello soprattutto dell'angolo irido-corneale. È relativamente rara, colpendo all'incirca un soggetto ogni 10.000 nati vivi. Nell'intera popolazione ha una prevalenza di 0,006-0,008. È bilaterale nel 75% dei casi ed è annoverabile tra le malattie genetiche oculari.

- **Retinoblastoma:** è il tumore maligno primitivo intraoculare più frequente dell'infanzia. È comunque piuttosto raro colpendo all'incirca un bambino ogni 20.000 nati vivi. La fascia di età più colpita è tra la nascita e i tre anni. L'età media alla diagnosi varia tra i 6 e i 12 mesi nei casi bilaterali, e da 18 a 24 mesi in quelle unilaterali. Il retinoblastoma può essere ereditario (1/3 dei casi) o congenito (2/3 dei casi). Se precocemente diagnosticato e se seguiti i moderni protocolli terapeutici, ha una sopravvivenza del 90%.
- **Retinopatia del prematuro (Retinopathy Of Prematurity: ROP).** Tutti i prematuri devono essere monitorati da un punto di vista oculistico dopo il parto secondo protocolli rigidi che prevedano controlli frequenti. La ROP è presente in bambini con peso alla nascita inferiore a 1.251gr nel 34% e in quelli con peso inferiore a 1.000gr nel 46%. Oggi è una delle maggiori cause di cecità e ipovisione nei paesi industrializzati ed è in aumento di pari passo con il migliorare della sopravvivenza neonatale.
- **Ametropie e loro complicanze:** l'anomalia di più frequente riscontro è rappresentata dall'ambliopia, quasi sempre monolaterale, causata da un ostacolo al normale sviluppo sensoriale insorto durante il periodo critico. Esiste un dibattito aperto circa l'impatto dell'ambliopia sulla salute pubblica. Infatti, essa non è quasi mai causa di deficit visivo grave, in quanto forma eminentemente monolaterale. Potenzialmente può essere causa di ipovisione e cecità solo quando l'altro occhio subisce un danno permanente. L'ambliopia è comune nelle nazioni occidentali e circa il 5% dei bambini possono esserne affetti. Si ritiene generalmente che quanto più giovane sia l'età in cui viene diagnosticata l'ambliopia, tanto maggiore sia la possibilità di risultato efficace del trattamento.

Strategie

La strategia si basa sullo screening oftalmologico pediatrico che vede 2 momenti importanti: la nascita e l'età di 3 anni. Lo screening neonatale può esser fatto sia dal pediatra sia dall'oculista.

Non vi è dubbio che l'oculista sia in grado di identificare un numero maggiore di patologie rispetto al pediatra ma non è stato studiato se questo si traduca realmente in una riduzione del rischio di ipovisione perché una percentuale significativa di queste malattie non è trattabile o ha una prognosi funzionale limitata, anche qualora la diagnosi fosse stata tempestiva.

Naturalmente tutti i bambini nati pre-termine devono essere esaminati, secondo i protocolli già esistenti in letteratura, da oftalmologi esperti sia durante la loro degenza ospedaliera che dopo la dimissione per diagnosticare, monitorare ed eventualmente trattare la retinopatia del pre-termine.

Per quanto riguarda la visita ai 3 anni, le figure professionali che possono essere coinvolte sono: il pediatra, l'oculista e l'ortottista.

La metodologia di screening deve essere in grado di limitare al massimo i falsi negativi.

Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio/ Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Ipoacusia e sordità Cause congenite: Infezioni intrauterine Cause iatrogene	Screening audiologico neonatale	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale
	Ipovisione e cecità Patologie congenite (malattie genetiche, cataratta, retinoblastoma, vizi refrazione)	Screening oftalmologico neonatale	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale

COMMISSIONE NAZIONALE PREVENZIONE CECITA'

Nel 2014 la Commissione nazionale per la prevenzione dell'ipovisione e la cecità, presieduta dal Professo Mario Stirpe ed istituita nel 2009 presso la Direzione Generale della prevenzione, ha svolto nel 2014 l'importante compito di condurre delle campagne di sensibilizzazione per una GUIDA SICURA (con pubblicazioni su riviste del settore motoristico e diffusione sul portale istituzionale).

Il contributo tecnico della Commissione è nei messaggi sotto riportati e tradotti negli articoli di seguito allegati.

Razionale

Negli ultimi anni, in Italia, si sono registrati oltre 182000 incidenti annui, con più di 3600 morti ed oltre 260000 feriti. Un bilancio pesantissimo, che deve indurre a cercare di porre in atto tutte le misure di prevenzione possibili: la componente legata alla vista è fondamentale, se consideriamo che oltre il 90 % delle informazioni necessarie alla guida passano attraverso i nostri occhi. Acutezza visiva, ampiezza del campo visivo, assenza di visione sdoppiata, corretta percezione dei colori e sensibilità alle basse luminosità costituiscono i punti fondamentali di una buona visione (che si deteriora inevitabilmente con il trascorrere degli anni). I difetti di refrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo) sono molto frequenti (solo i miopi sono oltre 10 milioni in Italia) e non sempre sono ben compensati: l'utilizzo, costante, di una prescrizione corretta (occhiali, lenti a contatto o chirurgia laser) costituirà la soluzione migliore per la propria sicurezza stradale e per quella degli altri (pedoni, ciclisti, altri automobilisti, animali nelle strade di campagna od in città). Cataratta, glaucoma e degenerazione maculare sono sempre più frequenti con l'allungarsi della vita media (anche se possono colpire in età giovanile) e si manifestano con annebbiamento, ridotto campo visivo o distorsione delle immagini percepite, non sempre rilevato dal soggetto stesso, che si abitua, pian piano, al peggioramento della sua capacità visiva non accorgendosi dei pericoli che questa sua alterata visione può comportare!

Messaggi scelti per la comunicazione:

La moderna oftalmologia ha a disposizione gli strumenti più adatti (chirurgici e medici) per risolvere o controllare il danno visivo, contribuendo a migliorare la sicurezza stradale. Il raggiungimento di questo obiettivo coinvolge tutti; il singolo guidatore deve sottoporsi ai necessari, periodici controlli (secondo le indicazioni del suo medico), utilizzare le correzione per i propri difetti, analizzare razionalmente la propria efficienza visiva e regolare di conseguenza la propria maniera di guidare (velocità, guida serale e notturna), mantenere il proprio veicolo nelle migliori condizioni possibili (parabrezza), tenere la visiera del casco sempre pulita, evitare di porre sulla plancia della vettura oggetti che possano causare riflessi, etc.; l'oculista, oltre a correggere al meglio i difetti visivi ed attuare tempestivamente le misure terapeutiche (mediche e chirurgiche) più idonee, deve porre particolare attenzione nel valutare le esigenze del singolo guidatore ed informarlo anche sulle sue possibilità e limitazioni alla guida.

A RUOTA LIBERA | PREVENZIONE

Difetti visivi e incidenti

OCCHIO ALLA VISTA O I RISCHI AUMENTANO

● **IN ITALIA**, almeno 10 milioni di persone sono miopi; se aggiungiamo tutti coloro che soffrono di altri problemi come l'ipermetropia e l'astigmatismo, che causano difficoltà nella messa a fuoco degli oggetti e possono determinare annebbiamenti improvvisi, e la presbiopia (che impedisce la visione da vicino), ci rendiamo conto di come gran parte della popolazione, quando si mette al volante, rischi di non vederci bene. Al tempo stesso, diversi studi rivelano come oltre il 90% delle informazioni necessarie per guidare passi proprio attraverso i nostri occhi: quindi, ai fini della sicurezza stradale,

una corretta visione è essenziale, sotto tutti gli aspetti, dall'acutezza all'ampiezza del campo visivo, dall'assenza di sdoppiamenti alla percezione dei colori e a un'adeguata sensibilità alle basse luminosità. «La realtà delle nostre strade è, purtroppo, differente: i difetti di refrazione non sempre sono corretti in maniera adeguata», spiega il dottor Giovanni Prosdocimo, direttore dell'Unità di oculistica dell'ospedale di Conegliano (TV), in prima linea in questo impegno. «Altri fattori di rischio», prosegue, «sono il glaucoma, che causa un progressivo restringimento del campo visivo

(aumentando di sette volte il rischio d'incidenti) e che può essere tenuto sotto controllo con terapie adeguate se la diagnosi è tempestiva. La cataratta (che moltiplica per otto l'eventualità d'incorrere in un sinistro) e la degenerazione maculare, che si manifesta con l'annebbiamento o la distorsione delle immagini percepite». Tutte patologie diventate più frequenti con l'allungarsi della vita media. Ecco perché è importante che i guidatori siano molto attenti alla vista, sottoponendosi a controlli periodici, utilizzando le forme migliori di correzione dei difetti e regolando di conseguenza il loro modo di guidare.



Visione normale alla guida
Il 90% delle informazioni passa dagli occhi



Cataratta iniziale
Porta a un offuscamento visivo globale



Glaucoma
Comporta il restringimento del campo visivo

→ In questa pagina abbiamo ricostruito l'impatto di alcune patologie della vista sulla guida. La Commissione nazionale prevenzione ipovisione e cecità, durante la giornata mondiale della vista del 9 ottobre, ha focalizzato l'attenzione sulla prevenzione oftalmologica per la sicurezza al volante



Patologia maculare
Annebbiamento o distorsione delle immagini



Diplopia
È la visione doppia dello stesso oggetto