SENATO DELLA REPUBBLICA

XVII LEGISLATURA

Doc. CXXXIII
n. 2

RELAZIONE

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

(ANNO 2013)

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

Presentata dal Ministro della salute

(LORENZIN)

Comunicata alla Presidenza il 29 settembre 2014

TIPOGRAFIA DEL SENATO

INDICE

PREMESSA ..... *Pag.* 5

PARTE PRIMA

A. 1 Attività del Ministero della salute ..... » 6

A. *1.1* Tavolo tecnico riabilitazione visiva ..... » 6

A. *1.2* Piano nazionale di prevenzione ..... » 7

A. *1.3* Commissione nazionale Prevenzione cecità ..... » 10

A. *1.4* Portale del Ministero della salute ..... » 10

A. *1.5* Collaborazione con l'OMS ..... » 11

A. *1.6* Monitoraggio attività IAPB/Polo/Regioni ..... » 11

A. 2 Attività svolte da IAPB e Polo Nazionale dei servizi e ricerca per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva degli ipovedenti:

A. *2.1* Attività di IAPB ..... » 14

A. *2.2* Attività del Polo nazionale ..... » 23

PARTE SECONDA

B. 1 Attività dei centri di Riabilitazione visiva: ..... » 34

B. *1.1* Origine dei dati ..... » 34

B. *1.2* Analisi dei dati regionali ..... » 37

PARTE TERZA

Normativa ..... » 49

APPENDICE con allegati ..... » 58

PREMESSA

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 2013.

La Legge 284/97 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.

Su tutto il nostro territorio nazionale è presente una forte criticità relativa all'organizzazione molto differenziata tra le Regioni e talora anche all'interno delle singole Regioni, con evidente variabilità nell'offerta quali/quantitativa, sia dei servizi che delle strutture per la riabilitazione visiva.

Nella **prima parte della Relazione (PARTE A)** sono descritte le attività svolte dalla Direzione Generale della Prevenzione, con i dettagli finanziari per l'esercizio 2013 (fondi erogati per le attività svolte dalle regioni, in base ai criteri di ripartizione concordati).

Sempre nella prima parte vengono anche dettagliate tutte 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, Enti vigilati e controllati da questo Ministero.

Nella **seconda parte della Relazione (PARTE B)** sono invece riportate tutte le attività svolte dei Centri di Educazione e Riabilitazione Visiva (CRV), individuati, ai sensi della L. 284/97, dalle Regioni e Province Autonome.

Infine, nella **terza parte (PARTE C),** sono riportati i riferimenti normativi, in materia di prevenzione cecità e riabilitazione visiva e gli allegati tecnici.

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), da considerarsi come riferimento programmatico per tutte le politiche di sanità pubblica in materia di prevenzione della cecità e dell'ipovisione, questo Ministero, per quanto riguarda il 2013, ha svolto nell'ambito della prevenzione oftalmologica e della riabilitazione visiva, le attività nei seguenti ambiti:

- Tavolo Tecnico Riabilitazione visiva;
- Piano Nazionale di Prevenzione;
- Commissione nazionale prevenzione cecità;
- Portale Area tematica "Prevenzione ipovisione e cecità;
- Collaborazione con l'OMS;
- Monitoraggio delle attività di IAPB/Polo/Regioni, ai sensi della L.284/97.

A.1.1 Tavolo Tecnico Riabilitazione visiva

Nel corso del 2013 sono state finalizzate e concordate con la Direzione Generale della Programmazione sanitaria le "Linee di Indirizzo per la riabilitazione visiva" che però, prima di essere eventualmente condivise con le Regioni, devono sottostare ad un approfondimento per specifici aspetti, sia relativamente ai LEA (che ad oggi non comprendono, nell'ambito della specialistica ambulatoriale, le attività di riabilitazione visiva dell'ipovedente), sia per l'accreditamento degli stessi centri.

Le suddette criticità sono state affrontate nel corso dell'anno con la Direzione della programmazione sanitaria, per l'inserimento nei nuovi LEA (ambito della specialistica ambulatoriale) della voce relativa alla "Riabilitazione dell'ipovedente". Solo dopo sarà possibile prevedere sia l'accreditamento dei centri (con i criteri relativi alle attività svolte) sia la presentazione in Conferenza Stato Regioni delle Linee di indirizzo in questione.

A.1.2 Piano Nazionale di Prevenzione

Nel 2013 la Direzione ha lavorato alla stesura del nuovo Piano nazionale di prevenzione (2014 – 2018) dove è stato inserito un paragrafo relativo all'ipovisione e alla cecità, con un quadro logico di cui alla tabella allegata (Tab.1).

Razionale

In Italia le indagini Istat affermano che 4,5 persone ogni 1.000 abitanti sono ipovedenti. Secondo le stime fornite dall'ISTAT (2007), nel 2005, in Italia vivevano 362.000 ciechi. L'impatto psicosociale della cecità e dell'ipovisione è molto rilevante. L'identificazione delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione quanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi. Lo Stato Italiano con l'introduzione della Legge 284/97, sulla riabilitazione visiva, ha riconosciuto l'utilità della prevenzione sostenendo economicamente tutte le Regioni, per garantire lo sviluppo della prevenzione dell'ipovisione e della cecità.

Un Piano nazionale di prevenzione in campo oftalmologico è richiesto dal nuovo Global Action Plan 2014 – 2019 dell'OMS (ALLEGATO n. 2).

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 1ª e la 16ª settimana di gravidanza, con una percentuale del 20-60% più alta nel primo mese di gravidanza; le patologie oculari sono: la cataratta (frequente nella 2ª-11ª 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 pretermine 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 pretermine. 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.

Tab.1: Quadro logico centrale del PNP

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

A.1.3 Commissione nazionale Prevenzione cecità

La Commissione istituita presso la Direzione Generale della Prevenzione sanitaria di questo Ministero nell'ottobre 2009, su mandato OMS, nel corso del 2013 si è concentrata sul primo obiettivo previsto dal Decreto di istituzione: *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*. A tale riferimento la IAPB italia onlus ha presentato un progetto pilota, in collaborazione con il CNR e sotto la supervisione dell'OMS (vedi parte relativa alle attività di IAPB). I risultati di suddetto progetto saranno disponibili a partire dal 2014.

La Commissione, sempre nel corso dell'anno, ha rilevato la necessità di una collaborazione con la Direzione Generale della programmazione sanitaria in ambito di DRG in quanto, sull'intero territorio nazionale, è evidente una forte disomogeneità in ambito oftalmologico e, a tale proposito, si sono iniziate a raccogliere le criticità da rappresentare (tariffe inadeguate, procedure non codificate, inappropriatezza di alcuni interventi).

Il lavoro di cui sopra si svolgerà anche nel corso del 2014 e a tale proposito è stata formalizzata la partecipazione della Commissione al progetto IT-DRG.

Per seguire i lavori della Commissione si evidenzia il **link sul portale del Ministero della salute** http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=prevenzioneIpovisione nell'area tematica "Prevenzione ipovisione e cecità".

A.1.4 Portale del Ministero della salute - Area tematica "Prevenzione ipovisione e cecità"

Nel 2013 ci sono stati continui aggiornamenti del portale istituzionale per l'area prevenzione oftalmologica (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=prevenzioneIpovisione).

E' stata data ampia pubblicità all'iniziativa relativa alla Giornata Mondiale della vista, celebrata in ottobre dall'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità - IAPB Italia Onlus insieme all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dedicata alla prevenzione oftalmologica nel bambino.

Nel corso dell'anno sono stati pubblicati inoltre opuscoli divulgativi specifici per l'uso degli occhiali da sole e per la prevenzione delle principali malattie oculari.

Infine, in ottobre, è stata pubblicata la Relazione annuale al Parlamento sulle politiche inerenti le attività di prevenzione oftalmologica, in ottemperanza alla legge 284/97, relativa alle attività del 2012, anche al fine di dare la massima trasparenza a tutte le attività svolte da questo Ministero e previste da norma.

A.1.5 Collaborazione con l'OMS

Per il 2013 la Direzione Generale della Prevenzione ha continuato a collaborare con l'OMS per:

- progetto Vision 2020 (per il raggiungimento degli obiettivi specifici della Commissione nazionale prevenzione cecità)
- parere, insieme alla Direzione Generale dei Rapporti Internazionali, sulla designazione del "*Polo nazionale dei servizi e la ricerca per la prevenzione dell'ipovisione e la cecità*", come centro collaboratore OMS per la riabilitazione visiva (vedi parte dedicata alle attività del Polo)
- dar seguito a quanto richiesto, sia nell' *Action Plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment* 2009 – 2013 (già discusso e riportato nella Relazione annuale al Parlamento del 2013), sia nel nuovo "Universal Eye Health – A global Action Plan 2014 - 2019 (*adottato nella 66esima Assemblea Mondiale nel Maggio 2013, per permettere atti programmatici adeguati agli Stati membri*).

I principali obiettivi dell'Action Plan 2014 – 2019 sono quelli di indirizzare tutte le politiche sanitarie nazionali, con programmi integrati, verso la riduzione della disabilità visiva, nello specifico:

- riduzione della prevalenza della disabilità visiva del 25% entro il 2019 a partire dai dati del 2010 (indicatore: prevalenza e cause disabilità visiva. Verifica: dati epidemiologici nazionali e regionali)
- miglioramento dei servizi di oftalmologia (indicatore: personale dedicato all'oftalmologia per milione di popolazione e interventi di cataratta).

Per gli obiettivi di cui sopra è stato organizzato un evento formativo, nel 2013, per la presentazione all'interno del Ministero della salute degli interventi necessari alla realizzazione degli obiettivi di Piano (*primo fra tutti quello di finalizzare uno studio epidemiologico al fine di ottenere, a partire dal 2014, il dato di prevalenza della disabilità visiva nel nostro paese, che, ad oggi, ancora non è disponibile*).

A.1.6 Monitoraggio attività IAPB/Polo/ Regioni ai sensi della L. 284/97 e relativa parte finanziaria di competenza

Per tutto il 2013, ai sensi della normativa vigente in materia di prevenzione dell'ipovisione e cecità, il Ministero della salute ha svolto monitoraggio sulle attività svolte da IAPB Italia Onlus, dal Polo nazionale dei Servizi e Ricerca per la prevenzione dell'ipovisione e della cecità e dalle Regioni.

A seguito di suddetto monitoraggio sono stati assegnati alle Regioni (vedi Tab.2) i fondi, previsti e stabiliti dalla normativa in vigore.

Tab.2: Fondi di cui alla L. 284/97 – Ripartizione esercizio 2013

Data pag.to	REGIONE	ANNO	Importo in Euro
05/05/2014	Regione Marche	**2013**	**5.079,80**
07/05/2014	Regione Molise	2013	1.069,76
07/05/2014	Regione Siciliana	2013	16.973,52
20/05/2014	Regione Abruzzo	2013	4.413,57
29/05/2014	Regione Piemonte	2013	14.004,22
29/05/2014	Regione Liguria	2013	5.049,27
16/06/2014	Regione Veneto	2013	15.412,78
16/06/2014	Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia	2013	3.878,71
16/06/2014	Regione Puglia	2013	13.169,71
23/06/2014	Regione Calabria	2013	6.481,88
24/06/2014	Regione Basilicata	2013	1.932,98
09/07/2014	Regione Autonoma Valle d'Aosta	2013	411,09
09/07/2014	Regione Lombardia	2013	30.622,35
09/07/2014	Regione Emilia Romagna	2013	13.930,54
09/07/2014	Regione Lazio	2013	17.651,93
09/07/2014	Regione Umbria	2013	2.925,82
15/07/2014	Regione Toscana	2013	11.887,94
28/08/2014	Reg. Aut. della Sardegna	2013	6.042,96
05/09/2014	Reg. Campania	2013	18.262,10
	Totale	**2013**	**189.200,93**

1. I pagamenti sono stati effettuati in "conto residui 2013" sui fondi assegnati alle Regioni - anno 2014
2. Sono stati accantonati nell'anno 2013 in favore delle Province Autonome di Trento e Bolzano € 3.227,07=

Si segnala che **la legge di stabilità ha determinato una riduzione dei finanziamenti passando dalla somma di 2.109.382,42 Euro impegnati per il 2012 alla somma di soli 189.200,93 EURO per le attività svolte nel 2013 (la legge 284/97 stanziava 5 miliardi di lire a favore delle Regioni e PA pari a € 2.582.257).**

Questo Ministero ha evidenziato la criticità relativa al taglio dei finanziamenti sia nella Relazione annuale al Parlamento dello scorso anno, sia al Ministero dell'Economia e Finanze, con specifica nota e richiesta di integrazione dei fondi da destinarsi alle attività regionali, in quanto la riabilitazione visiva dell'ipovedente non è ancora compresa, ad oggi, nei LEA e quindi il funzionamento stesso dei centri di riferimento regionali è possibile solo basandosi sui finanziamenti previsti dalla legge 284/97.

A.2 Attività svolte da IAPB Italia Onlus e Polo nazionale dei servizi e ricerca per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva degli ipovedenti

A.2.1 Attività di IAPB

Il 2013, come di consueto, ha registrato le azioni della IAPB Italia nei tre ambiti di **informazione-divulgazione** (prevenzione primaria), **visite oculistiche** di controllo (prevenzione secondaria) e **ricerca scientifica e servizi di riabilitazione** (attività di prevenzione terziaria attraverso il Polo nazionale).

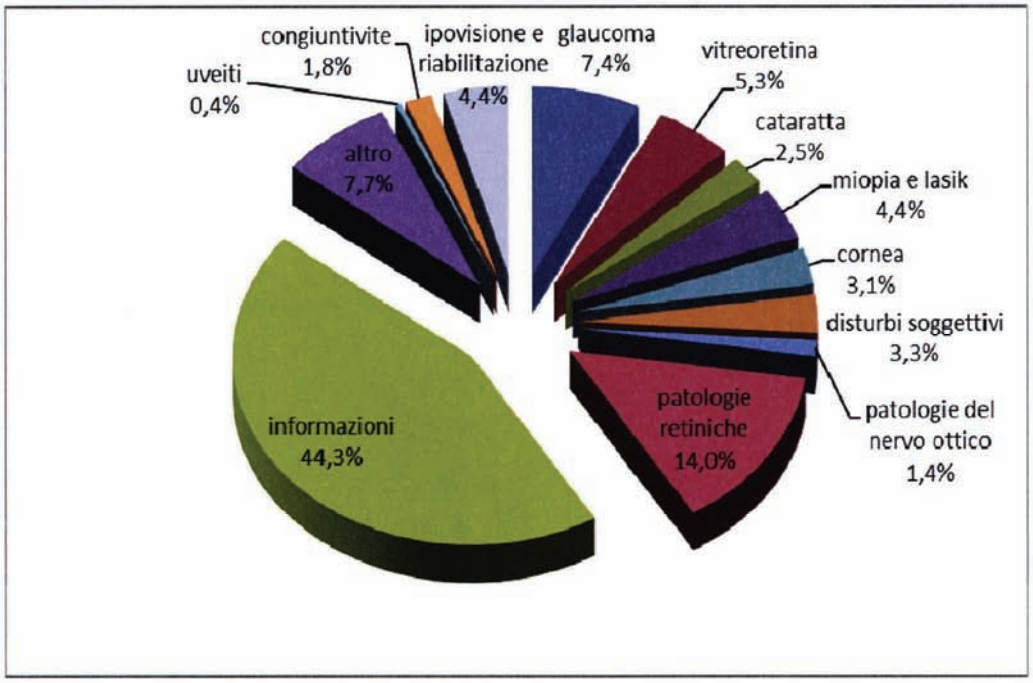
La **prevenzione primaria** è stata realizzata attraverso le numerose campagne di educazione sanitaria e i programmi di informazione-divulgazione, quali:
Giornata Mondiale della Vista;
Settimana Mondiale del Glaucoma;
Campagna di prevenzione della retinopatia diabetica;
Progetto Apri gli occhi;
Distribuzione di quasi 1.400.000 tra opuscoli, dvd e adesivi;
Linea verde di consultazione oculistica;
Forum l'oculista risponde.

La **prevenzione secondaria** è stata invece assicurata dalle 14 unità mobili oftalmiche presenti sul territorio nazionale, che consentono annualmente a oltre 20 000 persone di ricevere controlli gratuiti della vista (anche con il progetto *Occhio ai bambini*, che permette ai bambini della scuola dell'infanzia di ricevere una visita di controllo nell'età più indicata per praticare la prevenzione).

PREVENZIONE PRIMARIA

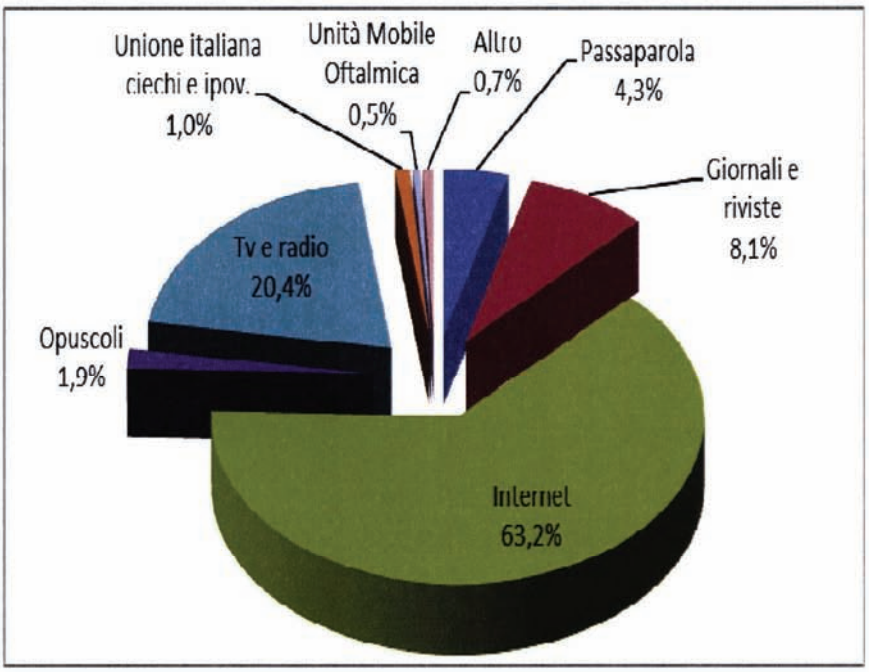
Linea Verde (800-068506): nel 2013 il servizio ha ricevuto 1.894 chiamate.

Tipologia di richieste:



Le fonti principali di conoscenza del numero verde di consultazione oculistica dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus sono state le seguenti:

1) internet (63,2%); 2) televisione e radio (20,4%); 3) giornali e riviste (oltre l'8%).



Sito Internet

Oltre 400 mila visite annuali (di cui 334.787 effettuate da visitatori diversi), 852.275 pagine consultate, quasi 15 milioni di accessi. Le pagine sono state consultate prevalentemente ricorrendo ai motori di ricerca (57,8% a dicembre 2013, generalmente *Google*), ma notevole è stato l'accesso anche attraverso digitazione diretta dell'indirizzo (www.iapb.it), via segnalibro o link ricevuti direttamente via e-mail mediante *newsletter* (in totale il 35,7% delle pagine consultate). Particolare attenzione hanno ricevuto le sezioni del sito dedicate agli eventi, il forum "l'oculista risponde" e le news pubblicate. Le pagine dedicate al Polo Nazionale per la Riabilitazione Visiva compaiono, inoltre, tra le prime dieci più consultate del sito. Durante il 2013 si sono avuti diversi picchi di consultazione con record di visitatori diversi del sito www.iapb.it conseguito a marzo (37.162), quando si è celebrata la settimana mondiale del glaucoma (7-13 marzo).

Facebook

Con quattro stelle e mezzo su cinque la pagina *Facebook* ufficiale della IAPB Italia onlus dimostra di essere molto apprezzata dai cittadini. La comunicazione della IAPB Italia onlus ha assunto una connotazione più "*sociale*": campagne, notizie e commenti hanno arricchito la pagina *Facebook* che, dal 2013, apporta un valore aggiunto al web, stimolando un'attenzione specifica nei confronti della prevenzione delle malattie oculari (con post, pareri, curiosità e iniziative utili per i cittadini, a partire dai check-up oculistici periodici gratuiti che la IAPB Italia onlus propone).

Forum

Tutti i giorni lavorativi un medico oculista risponde pubblicamente sul web ai quesiti posti dai cittadini. Si tratta di un servizio che, anche in questo caso, l'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia onlus offre gratuitamente. Risultano oltre 4.000 post e almeno 3.000 utenti iscritti. Complessivamente sono circa 1.200 gli argomenti di discussione presenti nel campo della salute oculare e della prevenzione della malattie che colpiscono la vista. Il forum va ad integrare efficacemente il servizio di risposta gratuita via posta elettronica (mediante e-mail: info@iapb.it).

Newsletter

Con una cadenza periodica vengono aggiornati gli iscritti alla newsletter dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità: dai professionisti ai cittadini comuni, tutti hanno la possibilità di ricevere per posta elettronica le informazioni utili come, ad esempio, le date dei check-up oculistici gratuiti in piazza, le notizie scientifiche sulle nuove terapie o i consigli per prevenire le malattie.

Mass Media

Nel 2013 la comunicazione è stata particolarmente attiva ed ha coinvolto un pubblico molto ampio.

I mass media cosiddetti "tradizionali" vanno dalla carta stampata (principalmente quotidiani e settimanali), alla televisione ed alla radio.

I periodi dell'anno in cui si è avuta una maggiore esposizione mediatica sono i seguenti:

a) settimana mondiale del glaucoma (10-16 marzo);

b) campagna sulla retinopatia diabetica (iniziata il 12 febbraio);

c) Giornata mondiale della vista (10 ottobre).

Dal quotidiano *La Repubblica*[1] a due pagine intere su *Il Tempo*[2], passando per *Il Sole 24 Ore-Sanità*[3], il *Venerdì*[4] e *Oggi*[5]: sono molti gli articoli di stampa in cui, nel 2013, si è parlato dell'importanza della prevenzione e della IAPB Italia onlus. È opportuno citare, inoltre, la copertura stampa di celebri agenzie quali l'Ansa, l'Adnkronos e l'Asca.

Degne di nota sono state le uscite televisive: quelle principali sono andate in onda – sempre nel 2013 – su RAI Uno (a Uno Mattina il 3 gennaio[6], il 12 marzo[7], l'8 ottobre[8]), RAI Due (Tg2 il 31 luglio e il primo ottobre), RAI Tre (Buongiorno Elisir il 13 marzo) e, infine, sul TG 5 (23 giugno).

Opuscoli

La IAPB Italia è impegnata nell'informazione indirizzata ai cittadini attraverso la produzione di opuscoli riguardanti le patologie oculari, prestando molta attenzione alle modalità di comunicazione delle informazioni scientifiche con una veste grafica semplice, in modo che l'informazione possa giungere al lettore e sensibilizzarlo. Gli otto opuscoli dedicati ad altrettante patologie oculari, rielaborati nel 2012, sia nella veste grafica che nei contenuti, continuano a rappresentare un punto di riferimento per la diffusione di una corretta informazione su come prevenire i principali problemi della vista.

Nel 2013 la Giornata Mondiale della Vista, è stata interamente dedicata ai bambini, per i quali è stato predisposto un opuscolo esplicativo sulla prevenzione, intitolato "Tutti i bambini si meritano 10. Decimi", di cui sono state stampate 25.000 copie, distribuite nelle scuole di 68 province italiane e circa 1.100.000 copie distribuite come inserto all'interno dei periodici nazionali: *Il venerdì di Repubblica* e *Oggi*. Il libretto, attraverso un *viaggio* nei 5 sensi, guidava genitori e bambini in un percorso ludico-educativo per scoprire l'importanza della vista, prevedendo la possibilità di svolgere due test viso-cognitivi.

---

[1] "La terza dimensione", 8 ottobre 2013.

[2] "La giornata della vista riparte dai più piccoli"; "Al Gemelli il primo centro per la riabilitazione visiva" (10 ottobre 2013)

[3] "Riabilitazione visiva: al Gemelli un nuovo centro di collaborazione Oms" (19 giugno 2013)

[4] "Quel che i genitori non vedono negli occhi dei figli" (27 settembre 2013)

[5] "L'impegno di una Task Force per prevenire la cecità" (23 ottobre 2013)

[6] sul Centro di diagnostica e riabilitazione visiva per bambini con deficit plurisensoriali (Policlinico A. Gemelli con la IAPB Italia onlus)

[7] puntata sulla settimana mondiale del glaucoma

[8] per la Giornata mondiale della vista

Durante la s*ettimana mondiale del glaucoma* sono stati distribuiti 50.000 opuscoli dal titolo "luce dei miei occhi" e durante la settimana dedicata alla prevenzione della retinopatia diabetica 50.000 opuscoli dal titolo "la prevenzione guarda lontano".

Oltre 100.000 opuscoli tra quelli dedicati alle singole patologie, DVD, adesivi e depliant *Apri gli occhi*, fumetti V*ediamoci Chiaro* e opuscoli informativi sul Polo Nazionale di Servizi e Ricerca per la Prevenzione della Cecità e la Riabilitazione Visiva e l'Agenzia, sono stati distribuiti attraverso le strutture periferiche IAPB Italia, gli ambulatori oculistici e gli ospedali.

Oftalmologia Sociale – Rivista di Sanità Pubblica

"Oftalmologia Sociale" è la rivista scientifica di sanità pubblica che la IAPB Italia onlus pubblica trimestralmente inviandola per abbonamento (anche in omaggio) a circa diecimila persone in tutta Italia. La rivista, ormai in vita da oltre venti anni, si occupa soprattutto di prevenzione, ricerca e riabilitazione visiva, ed è rivolta sia agli addetti ai lavori (aspetto scientifico) che a un pubblico più vasto (aspetto divulgativo). Tuttavia i destinatari principali sono oculisti, ortottisti, ASL e istituzioni nazionali e locali. La stessa pubblicazione viene pubblicata anche nei formati braille, audio e in large print, essendo così accessibile ai non vedenti e agli ipovedenti.

La Campagna "Apri gli occhi"

Si tratta di un progetto ad alta valenza educativa e sociale, realizzato unitamente al Ministero della Salute, partito a ottobre 2013 e che si concluderà a maggio 2014, con lo scopo di sensibilizzare i bambini e le famiglie nei confronti della prevenzione delle malattie dell'occhio e dei problemi della vista. La realizzazione del progetto prevede due diversi momenti: il primo a scuola, dove i bambini assistono a uno spettacolo di carattere scientifico coinvolgente e che ha lo scopo di impartire loro i concetti fondamentali legati alla vista e all'occhio (*la metodologia è quella che si basa sul concetto di insegnare divertendo – edutainment),* il secondo momento, successivo allo spettacolo con la consegna ai bambini di un CD, contenente un originale cartone animato che riprende i concetti già rappresentati ed un questionario per i genitori con la funzione di aiutarli a osservare eventuali atteggiamenti del bambino, indicativi di eventuali problemi visivi. A dicembre us, il progetto ha raggiunto 10 province (su un totale di 30 previsto) e 47 scuole, per un totale di circa 24.648 bambini contattati (su un totale di 66.000 previsto).

Giornata Mondiale della Vista

La Giornata Mondiale della Vista, indetta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per portare all'attenzione dei governi nazionali il problema della cecità evitabile, si è celebrata il 10 ottobre 2013 ed è stata dedicata alla prevenzione dell'ipovisione e della cecità nei bambini.

E' stata svolta una intensa attività di sensibilizzazione con il supporto fondamentale dei Comitati Provinciali e Regionali IAPB e delle Sezioni UICI provinciali, che in 68 città, hanno contattato delle scuole elementari, per la

distribuzione dell'opuscolo "Tutti i bambini si meritano 10. Decimi!" e lo svolgimento di un evento divulgativo con insegnanti e alunni. In alcune città sono stati effettuati anche screening visivi.

Per dare maggiore risonanza alla Giornata Mondiale della Vista è stato inoltre diffuso un opuscolo del tutto simile a quello distribuito nelle scuole (con caratteristiche tecniche diverse), in oltre un milione di copie, su due settimanali a grande diffusione: "Il Venerdì" di Repubblica e "Oggi".

Settimana del glaucoma

Dal 10 al 16 marzo si è celebrata la settimana del glaucoma con l'organizzazione di iniziative diverse ed articolate, a carattere modulare, assecondando le possibilità di ciascuna Sezione provinciale dell'UICI o Comitato provinciale della IAPB che svolgono, per questi eventi, un ruolo determinante.

In 61 province è stato distribuito un opuscolo appositamente predisposto; in 25 province è stato organizzato anche un incontro aperto al pubblico, con la partecipazione di uno o più oculisti, volto a spiegare alla popolazione che cos'è il glaucoma, come è possibile prevenirlo e le relative terapie; in 31 province sono state svolte anche delle visite gratuite a bordo delle unità mobili oftalmiche e sono state visitate oltre 3500 persone.

Settimana della retinopatia diabetica

Seguendo lo stesso modulo, dal 23 al 30 novembre, per la prima volta, è stata celebrata la settimana della retinopatia diabetica, realizzando anche in questo caso un apposito opuscolo che, come di consueto, le Sezioni provinciali dell'UICI e i Comitati provinciali della IAPB hanno diffuso in 57 città, organizzando in una decina di città anche un incontro aperto al pubblico e in 15 città anche visite oculistiche gratuite.

Manifestazioni, convegni e Seminari

Il 20 settembre si è svolta a Roma una Tavola rotonda sulla cecità prevenibile, organizzata in collaborazione con l'EFAB (European Forum Against Blindness) che ha visto la partecipazione di molti rappresentanti del mondo istituzionale e politico, che sono stati sensibilizzati sull'importanza della prevenzione della cecità, ponendo l'accento sulla rilevanza del controllo, della diagnosi precoce, di una cura adeguata e di un'azione sinergica da parte delle organizzazioni sanitarie al fine di affrontare il problema della cecità prevenibile con approccio globale, su tutte le politiche sanitarie.

Il 28 settembre la IAPB Italia ha partecipato alla V edizione del Globo Tricolore, una manifestazione organizzata in collaborazione con la Regione Lazio, con l'obiettivo il riconoscimento ai migliori progetti dedicati all'inclusione scolastica e all'autonomia degli studenti con disturbi evolutivi specifici, dell'apprendimento, deficit del linguaggio, abilità non verbali, coordinazione motoria, attenzione e dell'iperattività.

Ai due congressi annuali della Società Oftalmologica Italiana la IAPB Italia onlus attraverso il proprio Polo Nazionale, ha partecipato oltre che con la presenza di uno stand informativo rivolto agli oculisti, anche tenendo alcune sessioni di studio, a Milano, dal 15 al 18 maggio, "Quando e perché l'oculista deve inviare il paziente a un centro di riabilitazione visiva", e "Le patologie invalidanti del nervo ottico e il ruolo della riabilitazione"; nei giorni dal 29 novembre al 2 dicembre, si sono tenute delle sessioni dedicate a "la riabilitazione del bambino ipovedente".

Prevenzione della retinopatia diabetica

Il 12 febbraio 2013, presso il Senato della Repubblica è stata presentata la campagna informativa sulla retinopatia diabetica promossa in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), l'Italian Barometer Diabetes Observatory, Diabete Italia, l'Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla salute e il Censis.

Considerando che il diabete viene definita "epidemia silenziosa" per via del rapido aumento del numero dei malati che, secondo stime OMS sono attualmente almeno 346 milioni nel mondo, con questa iniziativa si è voluta mettere in risalto una situazione complessiva che genera preoccupazione anche sul piano oculistico: si può rischiare, se si è diabetici da molti anni, una menomazione severa delle capacità visive. La retinopatia diabetica è una malattia che può causare seri problemi alla vista perché può danneggiare la retina ma – se affrontata per tempo con adeguati programmi di screening e di cura – è possibile controllarla e prevenire così la cecità. Ciononostante, in Italia e negli altri Paesi industrializzati la retinopatia diabetica è attualmente la prima causa di cecità in età lavorativa.

Dal 29 maggio all'1 giugno a piazza S. Silvestro a Roma, attraverso una Unità Mobile Oftalmica e personale oculistico è stato possibile effettuare dei controlli oculistici per l'individuazione della retinopatia diabetica. Anche il 14 novembre, in occasione della Giornata mondiale del diabete, sono stati

effettuati dei check-up oculistici gratuiti a Milano, a bordo di una Unità mobile oftalmica. In entrambi le circostanze i cittadini hanno potuto raccogliere informazioni medico-scientifiche, seguire percorsi interattivi, informativi ed educativi, dedicati al mondo del diabete in un'apposita tensostruttura dedicata alla prevenzione del diabete allestita di fianco all'unità mobile.

PREVENZIONE SECONDARIA

Unità Mobili Oftalmiche

Le visite oculistiche di controllo effettuate regolarmente su tutto il territorio nazionale sono prevalentemente rivolte a quei soggetti che, per motivi di carattere culturale, economico o per disinformazione sanitaria non si sono mai sottoposti ad una visita oculistica. **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. **Nel 2013, grazie alle Unità Mobili Oftalmiche, sono state visitate gratuitamente oltre 22.000 persone su tutto il territorio nazionale riscontrando numerosi soggetti con patologie silenti che hanno potuto prevenire quei danni che, nel tempo, avrebbero potuto diventare irreversibili.**

Occhio ai Bambini

Un altro progetto che ha riscosso enorme successo è la campagna *Occhio ai bambini*, anche questo teso a diffondere il messaggio circa l'importanza di controlli oculistici in età prescolare. Infatti, i dati raccolti attraverso i diversi progetti **è emerso che solitamente il primo accesso ad una visita oculistica di controllo nei bambini avviene intorno ai 7 anni, lasciando del tutto scoperta la fascia dei 3-4 anni, che rappresenta il momento migliore per fare prevenzione in età pediatrica**. Attraverso una unità mobile oftalmica e personale medico oculistico si sottopongono i bambini dai 3 agli 11 anni a una visita oculistica. Il progetto, che ormai va avanti dal 2008, ha raggiunto nel 2013 20 capoluoghi di provincia, in cui è stato possibile visitare oltre 8.000 alunni della scuola dell'infanzia e primaria. **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.**

Visite per gli extracomunitari

In collaborazione con una associazione di promozione della cultura dell'integrazione interrazziale (Progetto Mediazione Sociale) il 9 marzo 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

La IAPB Italia ha preso parte dal 16 al 18 aprile, a Barcellona, al meeting su invecchiamento e salute visiva, organizzato dall'International Federation on Ageing e da Macula Foundation Australia, per migliorare a livello internazionale l'informazione e la prevenzione delle patologie legate alla terza età.

A seguito di tale partecipazione la IAPB Italia rappresenterà in Italia l'organizzazione leader per promuovere una campagna di awareness all'interno del target di riferimento, coinvolgendo le principali associazioni nazionali che si dedicano a diverso titolo alla terza età.

Il 23 settembre una delegazione della IAPB Italia, in rappresentanza dell'Italia nell'ambito delle organizzazioni del terzo settore, ha partecipato all' *High level meeting on disability: Open doors Break Barriers* dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, durante il quale i capi di stato hanno informato l'assemblea delle Nazioni Unite sulle politiche di inclusione della disabilità all'interno dei propri Paesi.

Quale membro fondatore dell'AMD Alliance, anche nel 2013 l'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità 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 le specifiche iniziative svolte in occasione delle giornate della prevenzione. Il 6 dicembre si è svolto a Londra il Direttivo Mondiale, in cui l'avv. Giuseppe Castronovo è stato nominato *Vice chairman* della Regione Europa.

A.2.2 Attività del POLO NAZIONALE DI SERVIZI E RICERCA PER LA PREVENZIONE DELLA CECITÀ E LA RIABILITAZIONE VISIVA

INTRODUZIONE

Durante il 2013 il Polo ha ricevuto due importanti riconoscimenti: l'ottenimento della Carta della Qualità ISO 9001 (che premia l'eccellenza della qualità dei servizi offerti) e il riconoscimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con la nomina del Polo come Centro di collaborazione dell'OMS.

Le specifiche attività svolte dagli operatori del Polo Nazionale sono esplicitate e analizzate nei paragrafi che seguono le distinte in aree di lavoro:

- **Piano di Collaborazione con l'OMS**
- **Advocacy and Networking**
- **Attività assistenziale: riabilitazione del paziente adulto e del paziente in età evolutiva**
- **Certificazione della qualità**
- **Ricerca**
- **Docenze/formazione**

Piano di Collaborazione con l'OMS

Sin dalla sua costituzione il Polo Nazionale ha collaborato intensamente con l'Organizzazione Mondiale della Sanità al fine di rendere la prevenzione terziaria, ossia la riabilitazione visiva, uno strumento importante per le politiche sanitarie rivolte alla tutela della vista. Nel 2013 si è concluso il processo di accreditamento, con la designazione a *World Health Organization Collaborative Centre*, identificando un Piano specifico con obiettivi ed azioni da realizzarsi tra il 2013 e il 2016. Il Polo Nazionale è l'unico Centro di Collaborazione dell'OMS per la prevenzione della cecità in Europa e il solo al mondo per la riabilitazione visiva.

Il Piano prevede la realizzazione di alcuni obiettivi previsti nell'Action Plan 2014-2019 dell'OMS, tra i quali:

- OBIETTIVO 1:

Sviluppare e adattare alle necessità della programmazione nazionale protocolli e procedure per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva da realizzarsi con l'ATTIVITA' A (area PREVENZIONE) e B (area RIABILITAZIONE)

- OBIETTIVO 2:

In collaborazione con l'OMS sviluppare corsi di formazione per operatori della riabilitazione visiva da realizzarsi con l'ATTIVITA' C (area FORMAZIONE).

Attività di tipo A: PREVENZIONE

Nell'ambito degli obiettivi di sanità pubblica del Polo Nazionale, come centro di collaborazione dell'OMS, vi è quello di realizzare un progetto epidemiologico sullo stato di salute oculare della popolazione italiana e sulle principali cause di cecità e ipovisione. In collaborazione con l'IRPPS (Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali) del CNR, è stata svolta, nella città di Latina, la fase pilota del progetto attraverso un'unità mobile oftalmica e sono state prima intervistate e successivamente visitate, 500 persone, selezionate casualmente attraverso le liste elettorali, grazie alla collaborazione offerta dal Comune di Latina. I dati sono in corso di elaborazione e la fase pilota costituirà un importantissimo punto di partenza, per provare dapprima ad ampliare il progetto ad una realtà più grande, superando alcuni ostacoli emersi in questa prima fase, per poi essere estesa, attraverso il coinvolgimento di tutti gli stakeholders pubblici e privati, a tutto il territorio nazionale. Il workplan prevede poi che il Polo testerà suddetto protocollo in Italia attraverso un'indagine nazionale durante l'anno 2014. Il protocollo, una volta convalidato con l'indagine nazionale e opportunamente adattato, sarà standardizzato al fine di portare avanti simili indagini nei paesi a reddito alto e medio in America e Europa. L'OMS sarà coinvolta in questa fase poiché non esiste ad oggi un protocollo di indagine aggiornato per paesi a reddito medio ed alto.

Attività di tipo B: RIABILITAZIONE

Il Piano di lavoro dell'OMS prevede che il Polo Nazionale si proponga come guida e coordinamento per lo sviluppo dei contenuti e dei programmi per la riabilitazione del disabile visivo a livello mondiale.

Il Polo Nazionale, visto che intrattiene rapporti con diversi Centri di Riabilitazione visiva e professionisti esperti riabilitatori, attraverso un Network nazionale e internazionale, ha iniziato pertanto già dalla fine del 2013 ad organizzare il lavoro e dar vita ad occasioni di confronto con gli esperti del settore per promuovere la necessità di creazione di definizione degli Standards in Riabilitazione e a raccogliere le prime adesioni.

L'obiettivo dell'attività intrapresa è quello di sviluppare gli strumenti per effettuare l'analisi dello stato dell'arte su pratiche riabilitative e servizi forniti, da testare in Italia e al fine di individuare le buone pratiche: il prodotto di questo processo sarà un libro bianco sulla riabilitazione visiva.

Inoltre si prevede l'organizzazione di una Consensus Conference internazionale per la fine del 2015 per concordare e definire i bisogni da colmare da parte delle politiche nazionali sulla riabilitazione visiva. La Conferenza andrà a definire i requisiti e le necessità della riabilitazione e diffonderà le evidenze su metodi, procedure e pratiche.

Attività di tipo C: FORMAZIONE

Attività che ha visto coinvolto il Polo solo per la fase di programmazione nell'anno 2013, visto che questa attività si svolgerà tra il 2015 e il 2016 (il workplan OMS prevede che il Polo contribuisca a determinare la definizione ufficiale del profilo del riabilitatore visivo).

ADVOCACY E NETWORKING

Il Polo nazionale continua a condurre la sua attività di advocacy e di pubbliche relazioni con l'obiettivo di potenziare, a tutti i livelli, l'attenzione sulla prevenzione visiva e sulle necessità del paziente ipovedente, nella sua condizione di soggetto debole al quale devono essere garantiti tutti i servizi sanitari capaci di consentirgli un'esistenza autonoma e dignitosa, senza disparità territoriali.

In questi anni il lavoro istituzionale del Polo ha ottenuto alcuni risultati soprattutto in termini di diffusione della conoscenza della riabilitazione visiva.

Il Polo inoltre è l'interlocutore di eccellenza per diversi settori che si occupano a diverso titolo di ipovisione, in particolare:

- viene coinvolto come partner per partecipazione a bandi europei e a progetti di ampio respiro, primo fra tutti la collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità
- partecipa a tutti i maggiori eventi scientifici e istituzionali che si occupano di ipovisione e riabilitazione visiva, attraverso simposi, letture, poster, comunicazioni (per tutti i dettagli si veda il relativo paragrafo sottostante docenze/ partecipazioni a convegni)
- è un i riferimento per l'ipovisione non solo per produttori di ausili ottici e tecnologici, ma anche per anche per le aziende farmaceutiche
- fornisce consulenze tecniche a istituzioni e centri di ipovisione
- fornisce un contributo tecnico consultivo come membro della Commissione Nazionale per la Prevenzione della Cecità del Ministero della Salute, un organo tecnico nazionale composto di esperti in oftalmologia che ha l'obiettivo di migliorare il sistema sanitario e includere la salute oftalmica nei piani di sviluppo della Sanità italiana
- svolge un ruolo di organo tecnico e di coordinamento per le questioni inerenti la riabilitazione visiva di cui si occupa il Ministero della Salute
- fornisce annualmente il supporto al Ministero della Salute nell'analisi ed elaborazione dei dati sulle attività della riabilitazione visiva dei centri di riferimento nazionale (banca dati).

ATTIVITÀ ASSISTENZIALE

Il Polo promuove un modello riabilitativo ormai riconosciuto a livello nazionale ed internazionale 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, ortottisti, due psicologi/psicoterapeuti, un neuropsichiatra infantile e consulenti esterni quali un esperto tiflologo ed un istruttore di orientamento, mobilità ed autonomia personale. Se necessario è possibile anche avvalersi di altre consulenze specialistiche, ad esempio quelle del neurologo o del neuropsichiatra.

Riabilitazione del paziente adulto:

Tabella 1. Prestazioni Polo Nazionale 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N° PAZIENTI TOTALI	207	238	242	288	242	288
N° PRESTAZIONI EFFETTUATE	1.256	1.926	2.531	3.766	3390	3.343

Il percorso riabilitativo prevede, dopo l'iter di accettazione un primo importante passo valutativo, quello del profilo psicologico, della motivazione e delle richieste del paziente. Successivamente l'oculista si occupa dell'inquadramento clinico funzionale. Solo dopo questa prima fase valutativa, si procede alla stesura e condivisione del progetto riabilitativo personalizzato in corso di riunione multidisciplinare settimanale.

Il percorso riabilitativo si compone di diverse sedute tra le quali il Training ortottico e l'addestramento all'uso dell'ausilio/i, il supporto psicologico durante tutto l'iter riabilitativo, le sedute di orientamento e mobilità ed autonomia personale, le eventuali sedute autonomia domestica, la prescrizione degli ausili, il successivo collaudo della fornitura. Infine si procede ad un follow up 3 mesi, e poi a 6 mesi.

Ogni seduta dura in media 2 ore e il paziente che intraprende il percorso riabilitativo torna dalle 5 alle 10 volte presso il Centro. Il team di esperti dedica molto tempo all' individuazione del miglior percorso riabilitativo per ogni singolo soggetto e, realizzando riunioni multidisciplinari nel corso delle quali viene discusso ogni singolo caso, garantisce i migliori risultati per l'acquisizione dell'autonomia e di una migliore qualità della vita del soggetto ipovedente.

Riabilitazione del paziente in età pediatrica ed evolutiva:

Nel 2013 è stata avviata 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 in collaborazione con l'Ospedale Bambino Gesù di Roma che vede coinvolto un team di oculisti, ortottisti, psicologi, neuropsichiatri infantili, psicomotricisti, logopedisti, tiflologi 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. In collaborazione con il Policlinico A. Gemelli - in particolare con il Reparto di neonatologia e di Neuropsichiatria infantile, è stato attivato anche 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 onlus, 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. La grande domanda di riabilitazione visiva pediatrica emersa nel corso dell'anno ha testimoniato la grande necessità di tale tipo di servizio. I numeri, infatti, dicono che soprattutto per l'intervento precoce, nell'età da 0 a 3 anni, la risposta delle famiglie e del territorio è altissima. Gli oltre 500 accessi hanno impegnato i diversi operatori in valutazioni multidisciplinari, riunioni di equipe e training riabilitativi, oltre che nella compilazione di relazioni di restituzione alle famiglie, agli operatori sul territorio, alla scuola.

CERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ

L'anno 2013 ha visto l'ottenimento della Certificazione di "Sistema di Gestione della Qualità" in conformità con i requisiti dello standard ISO 9001:2008

Tale importante Certificazione, allinea il Polo Nazionale ai più alti standard qualitativi, in particolare:

- medicina preventiva
- programmazione ed esecuzione di trattamenti riabilitativi per pazienti ipovedenti
- ricerca epidemiologica
- ricerca di base
- sperimentazione di nuovi modelli riabilitativi
- utilizzo di avanzati ausili ottici ed elettronici per ipovedenti
- utilizzo di software dedicati alla valutazione visivo-funzionale
- formazione ed aggiornamento degli operatori
- attività di *networking* e *advocacy*

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.

Le pubblicazioni scientifiche e divulgative possono essere così riassunte:

- 5 ricerche pubblicate su riviste scientifiche con *Impact Factor*[1]
- 2 ricerche ultimate ed in pubblicazione[2]
- 6 opuscoli informativo-divulgativo[3]
- 3 Ricerche inviate alle Commissioni Scientifiche di Congressi Internazionali ed accettate per presentazioni o poster[4]
- 8 Ricerche sviluppate e/o avviate durante il 2013[5]

Sviluppo cartella elettronica e riabilitazione domiciliare:

Il 2013 è stato dedicato inoltre all'implementazione del progetto avviato nel 2012 riguardante la cartella elettronica ed il collaudo dell'intero sistema denominato "LIGHT".

Il progetto comprende due sotto azioni principali:

1. Sviluppo CARTELLA CLINICA WEB-BASED al fine 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; 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. Il progetto si propone inoltre di: monitorare e supportare ovunque nel mondo e in ogni istante il paziente con l'opportunità di un tele-consulto, 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 Ipovedenti per fornire loro uno strumento software semplice da installare su PC o tablet che aiuti il disabile visivo 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.

Nuove Linee di sviluppo (neuroscienze e plasticità cerebrale):

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

A questo proposito il Polo Nazionale ha avviato una collaborazione con l'Institut für Medizinische Psychologie dell'Università di Magdeburg/Germany diretto dal Prof. Sabel per definire la tecnica da utilizzare per lo studio Multicentrico "Valutazione delle variazioni perimetriche e della sensibilità retinica in pazienti con difetti del CV da otticopatie retrochiasmatiche sottoposti a trattamento non invasivo mediante stimolazioni elettromagnetiche" cui prenderà parte.

La valutazione dell'impatto del deficit visivo in pazienti con degenerazione maculare (DM) sui processi di elaborazione del linguaggio scritto, attraverso progetto ELSI (L'elaborazione del linguaggio scritto nei soggetti ipovedenti). Attraverso tale progetto sarà valutato se l'alterazione visiva riguarda esclusivamente la fase di riconoscimento dell'input visivo o se vengono coinvolti altri aspetti del processo (e.g., accesso lessicale, recupero delle informazioni lessicali). Dunque, si verificherà se la condizione di ipovisione disturba in maniera aspecifica le varie fasi del riconoscimento visivo di parole e del processo di lettura.

Si prevede che i risultati di questo studio consentano di delineare le strategie riabilitative ottimali per incrementare la velocità di lettura e la comprensione del testo in pazienti DM.

DOCENZE/FORMAZIONE

Il 2013 ha visto il coinvolgimento degli operatori del Polo in 23 eventi nazionali ed internazionali dedicati all'ipovisione(6). 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.

Formazione

Al fine di migliorare la competenza relativa all'impostazione dei programmi di ricerca, alla stesura ed all'elaborazione dei dati scientifici, alcuni operatori del Polo Nazionale hanno frequentato dei Corsi formativi istituiti dall'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica, in particolare i Corsi "Trial Clinici" (7-8 marzo 2013) e "Lettura e stesura dell'articolo scientifico" (22-23 marzo 2013).

Un operatore del Polo ha infine partecipato ad un periodo di stage formativo presso la Fondazione Robert Holmann, Centro Consulenza e sostegno allo sviluppo del bambino con deficit visivo, a Cannero di Riviera (VB).

Grazie a questa esperienza si è avuto modo di confrontarsi sulla conoscenza in materia di strumentazione per la valutazione e per l'approccio del bambino con menomazione visiva e con plurihandicap. Inoltre si sono potuti osservare innovativi protocolli di riabilitazione dando il via ad una rete di collaborazione reciproca.

CONCLUSIONI

La crescita delle attività ed i programmi di prevenzione testimoniano l'impegno che la IAPB Italia onlus profonde nel raggiungimento delle finalità istituzionali. La ricerca scientifica attraverso il Polo Nazionale, divenuto il punto di riferimento internazionale nell'ipovisione, afferma sempre più, a tutti i livelli, l'importanza della riabilitazione visiva dell'ipovedente.

La IAPB Italia ha confermato, nel corso di questi anni, che creare una cultura della prevenzione della cecità e della riabilitazione visiva nella popolazione, è un obiettivo che può essere raggiunto tanto prima quanto maggiore sarà la capacità di tutti gli attori di lavorare insieme per garantire a tutti il diritto alla tutela della vista.

NOTE:

ELENCO DELLE ATTIVITÀ DEL POLO *(RIPORTATE NELLA RELAZIONE 2013 INVIATA AL MINISTERO DELLA SALUTE)*

[1] Ricerche Pubblicate su riviste scientifiche con Impact Factor

- ✓ "Relationship between fixation stability measured with MP-1 and reading performance" pubblicato su Ophthalmic Physiol Opt 2013 Sep;33(5):611-7.
- ✓ "Use of prisms for vision rehabilitation after macular function loss may impact oculomotor control" pubblicato su Can J Ophthalmol 2013 Oct;48(5):427-30.
- ✓ "The rehabilitative approach in patients with ring scotoma" pubblicato su Can J Ophthalmol 2013 Oct;48(5):420-6.
- ✓ "Biofeedback stimulation in patients with Age-Related Macular Degeneration: comparison between two different methods" pubblicato su Can J Ophthalmol 2013 Oct;48(5):431-7.
- ✓ "Handbook of Microperimetry in Visual Rehabilitation (Nidek MP-1; Nidek Technologies, Padova, Italy)" Book Review 2013 Can J Ophthalmol. 2013, Oct; 48 (5): 450

[2] Ricerche ultimate ed in pubblicazione

- ✓ "Morpho-functional analysis of retinal changes in Stargardt disease for visual rehabilitative purposes."
- ✓ "Quantificazione del deficit perimetrico binoculare in ipovisione: due metodiche a confronto", in pubblicazione sul primo numero del 2014 di "Oftalmologia Sociale".

[3] Opuscoli informativo-divulgativo

- ✓ "Tutti i bambini meritano 10. Decimi", pubblicato da IAPB Italia Onlus in occasione della Giornata Mondiale della Vista, 10 ottobre 2013
- ✓ "La prevenzione guarda lontano" distribuito in occasione della Campagna Informativa per la prevenzione della retinopatia diabetica
- ✓ "La retinite pigmentosa" opuscolo informativo
- ✓ "Il glaucoma", opuscolo informativo
- ✓ Testo su Ipovisione e Polo Nazionale per il progetto "Gemelli insieme" in occasione della tappa "Prevenzione delle malattie della vista e dell'udito" svoltasi al Museo Maxxi di Roma il 7 e 8 dicembre 2013.
- ✓ "La riabilitazione visiva", testo per il sito del Polo Nazionale.

[4] Ricerche inviate alle Commissioni Scientifiche di Congressi Internazionali ed accettate per presentazioni o poster

- ✓ "Rehabilitation with MP-1 microperimetry in a case of neglect" alla 4th Conference in Neurologic Restoration 2014
- ✓ "Fixation location and stability in patients with age-related macular degeneration rehabilitated with optical or electronic devices: 1 year follow-up". 11th International Conference on Low Vision 2014
- ✓ "Successful visual rehabilitation in a child with Bilateral frontoparietal polymicrogyria" 11th International Conference on Low Vision 2014

[5] Ricerche sviluppate e/o avviate durante il 2013

- ✓ Studio multicentrico internazionale "stimolazione transcranica in pazienti con emianopsie" in collaborazione con il Prof. Rossini (Istituto di Neurologia, Università Cattolica) e con il Prof Sabel (Institut für Medizinische Psychologie dell'Università di Magdeburg/Germany)
- ✓ "Analisi retrospettiva sulla percezione della qualità di vita del soggetto ipovedente mediante somministrazione del questionario NEI-VFQ25 prima e dopo la riabilitazione visiva"
- ✓ "L'utilizzo dei filtri nella riabilitazione alla lettura dei soggetti con scotoma centrale assoluto da differenti patologie", in fase di elaborazione
- ✓ "L'efficacia di differenti lampade nella riabilitazione alla lettura di pazienti con menomazione visiva", in fase di elaborazione.
- ✓ "Localizzazione e stabilità del Locus Retinico Preferenziale in soggetti affetti da degenerazione maculare legata all'età riabilitati con ausilio ottico o elettronico: follow-up a 1 anno"
- ✓ "La stimolazione neuro-visiva mediante stimolo strutturato in soggetti con maculopatia di Stargardt"
- ✓ "La valutazione delle strategie di coping e di self efficacy prima e dopo la partecipazione ai gruppi di auto e mutuo aiuto condotti dallo psicologo".
- ✓ "Valutazione degli effetti della riabilitazione mediante biofeedback con stimolo pattern al microperimetro in pazienti ipovedenti con deficit periferico del campo visivo affetti da glaucoma".
- ✓

[6] Docenze

- ✓ Simposio IAPB-Italia Onlus: Le patologie invalidanti del nervo ottico e il ruolo della riabilitazione - "La riabilitazione delle otticopatie: il ruolo dell'oculista". 11° Congresso Internazionale SOI Milano 15-18 Maggio 2013
- ✓ Simposio IAPB-Italia Onlus: Le patologie invalidanti del nervo ottico e il ruolo della riabilitazione - La riabilitazione della otticopatie: il ruolo dell'ortottista". 11° Congresso Internazionale SOI Milano 15-18 Maggio 2013
- ✓ Simposio Polo Nazionale Ipovisione: Quando e perché l'oculista deve inviare il paziente ad un centro di riabilitazione visiva - "L'importanza ed il ruolo dello psicologo". 11° Congresso Internazionale SOI Milano 15 -18 Maggio 2013
- ✓ Simposio Polo Nazionale Ipovisione: Quando e perché l'oculista deve inviare il paziente ad un centro di riabilitazione visiva - "Sinergia tra gli operatori". 11° Congresso Internazionale SOI Milano 15-18 Maggio 2013
- ✓ Simposio Polo Nazionale Ipovisione: Quando e perché l'oculista deve inviare il paziente ad un centro di riabilitazione visiva - "Patologie causa di ipovisione". 11° Congresso Internazionale SOI Milano 15-18 Maggio 2013
- ✓ "La percezione della qualità della vita nei soggetti ipovedenti prima e dopo il percorso riabilitativo misurata attraverso la somministrazione del questionario VFQ25". X Congresso Nazionale SIPSA (Società Italiana di Psicologia della Salute). Orvieto, 10-12 Maggio 2013
- ✓ "Il ruolo dello psicologo nella riabilitazione del soggetto ipovedente". X Congresso Nazionale SIPSA (Società Italiana di Psicologia della Salute). Orvieto, 10-12 Maggio 2013
- ✓ Le scienze cognitive: applicazioni e valore socio-economico - "Aspetti socio - economici dell'ipovisione". Trento, 17-19 giugno 2013
- ✓ Le scienze cognitive: applicazioni e valore socio-economico - "L'ortottista e gli ausili in ipovisione". Trento, 17-19 giugno 2013
- ✓ Le scienze cognitive: applicazioni e valore socio-economico - "Le patologie causa di ipovisione". Trento, giugno 17-19 giugno 2013
- ✓ Le scienze cognitive: applicazioni e valore socio-economico - "Il ruolo dello psicologo in ipovisione". Trento, 17-19 giugno 2013
- ✓ Il ruolo dell'ortottista nell'ergoftalmologia. Facoltà di Medicina e Chirurgia UCSC- Prof. Piccoli
- ✓ Ipovisione, acquisizione ed approfondimenti nella riabilitazione visiva del paziente ipovedente – "Il ruolo dell'oftalmologo nella riabilitazione visiva". Roma, 14 settembre 2013

- ✓ "Ciechi, falsi ciechi e ciechi non riconosciuti". XIV Congresso Nazionale Low Vision Academy, Roma 27-28 settembre 2013
- ✓ "Indicazione dell'ausilio prismatico per lontano". XIV Congresso Nazionale Low Vision Academy, Roma 27-28 settembre 2013
- ✓ "Tipologie di esercizio nei programmi di assimilazione dei sistemi video ingrandenti". XIV Congresso Nazionale Low Vision Academy, Roma 27-28 settembre 2013
- ✓ "Fotostimolazione neurale e Visual Training". XIV Congresso Nazionale Low Vision Academy, Roma 27-28 settembre 2013
- ✓ The effectiveness of visual rehabilitation intervention evaluated with the National Eye Institute - Visual Function Questionnaire-25. European Society for Low Vision Research and Rehabilitation - Keble College, Oxford, UK. 13-15 September 2013.
- ✓ Ausili per chi, ausili perché: progetto di condivisione fra operatori, pazienti, famiglie. Associazione Aniridia Italiana 6° incontro nazionale. Roma, 22-24 Novembre 2013
- ✓ Simposio IAPB-Italia Onlus: La riabilitazione del bambino ipovedente – "Il ruolo dell'oculista". 93° Congresso Nazionale SOI. Roma, 29 Novembre-2 Dicembre 2013
- ✓ Simposio IAPB-Italia Onlus: La riabilitazione del bambino ipovedente – "Il ruolo del neuropsichiatra infantile". 93° Congresso Nazionale SOI. Roma, 29 Novembre-2 Dicembre 2013
- ✓ Simposio IAPB-Italia Onlus: La riabilitazione del bambino ipovedente – "Il ruolo dello psicologo". 93° Congresso Nazionale SOI. Roma, 29 Novembre-2 Dicembre 2013
- ✓ Simposio IAPB-Italia Onlus: La riabilitazione del bambino ipovedente – "Il ruolo dell'ortottista". 93° Congresso Nazionale SOI. Roma, 29 Novembre-2 Dicembre 2013

PARTE SECONDA:

B.1 Attività dei Centri di Riabilitazione visiva anno 2013

B.1.1 Origine dati

Le Regioni e le Province Autonome che hanno inviato i dati sulle attività svolte nell'anno 2013, sono 20 per un totale di 60 centri di Riabilitazione visiva così distribuiti:

Valle d'Aosta: 1
- Ospedale Regionale U. Parini

Piemonte: 5
- Azienda Sanitaria Locale TO4 Chivasso/Ivrea
- Azienda Ospedaliera S. Antonio e Biagio e C. Arrigo
- CENTRO RIABILITAZIONE VISIVA-FOSSANO
- ASL TO1 CRV Ospedale Oftalmico C. Sperino Torino
- Centro di Riabilitazione visiva di Vercelli

Lombardia: 12
- Centro per l'educazione e la riabilitazione visiva – U.O. Oftalmica A.O. Ospedale di Macchi Varese
- Centro per l'Educazione e la riabilitazione visiva (centro di Ipovisione Ospedale Melegnano Vizzolo Predabissi)
- Centro per l'educazione e la Riabilitazione Visiva (A.O. Papa Giovanni XXIII)
- Centro di Neuroftalmologia dell'età evolutiva-Struttura complessa di Neuropsichiatria Infantile IRCCS Ist. Neurolog. C.Mondino
- IRCCS Fondazione Cà Granda Policlinico
- Centro di Ipovisione e Riabilitazione Visiva- Clinica Oculistica- A.O. San Paolo
- IRCCS Medea Bosisio Parini
- Centro per l'educazione e la riabilitazione visiva Azienda Ospedaliera Carlo Poma
- Centro per l'educazione e la riabilitazione Visiva U.O. Oculistica AO "Istituti Ospitalieri"
- Centro per l'educazione e la Riabilitazione Visiv- Centro Ipovisione- Spedali Civili
- Ospedale Sant'Anna
- Centro di Riabilitazione visiva Fondazione Salvatore Maugeri

Trentino Alto Adige: 1
- Centro Ciechi St. Raphael-Bolzano

Veneto: 4
- Centro Regionale Specializzato per la Retinite Pigmentosa- Ospedale di Caposampiero

- Centro Regionale specializzato per l'ipovisione pediatrica
- Centro Regionale per l'Otticopatia glaucomatosa e retinopatia diabetica
- Centro Regionale specializzato per l'ipovisione in età adulta

Friuli Venezia Giulia: 2
- Centri di Riabilitazione dell'Associazione "La Nostra Famiglia" di San Vito al Tagliamento (PN) e di Pasian di Prato (UD)
- ISTITTUTO REGIONALE RITTMEYER PER I CIECHI Trieste

Emilia-Romagna: 3
- Centro Ipovisione U. O. Oculistica Ausl di Cesena
- U.O. Oculistica - Centro Ipovisione P.O. di Piacenza-Ospedale Guglielmo da Saliceto
- Centro Ipovisione AUSL Rimini (RN) PRESSO OSPEDALE CECCARINI

Liguria: 4
- Istituto David Chiossone
- Ospedale Imperia
- Ospedale Nuovo di Rapallo
- Genova Clinica Oculistica

Toscana: 2
- Centro regionale di educazione e Riabilitazione visiva c/o Ospedale Piero Palagi
- I. Ri.Fo.R Pisa

Marche: 1
- Centro di Ipovisione S.O.S. Di Oftalmologia Pediatrica

Umbria: 2
- Centro Ipovisione e Riabilitazione Visiva Azienda Ospedaliera di Perugia
- Azienda USL Umbria 2 Oftalmologia territoriale Terni

Lazio: 2
- CRV Tor Vergata Roma B
- CRV CTO Alesini USL RMC "S. Eugenio"

Abruzzo: 4
- San Salvatore - ASL N. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila
- Ospedale Mazzini
- Clinica Oftalmologica/Polo Regionale Ipovisione/S.S. Annunziata

- Ospedale Civile Spirito Santo

Molise: 1
- Centro Ipovisione- Presidio Ospedaliero "A.Cardelli"

Campania: 4
- Dipartimento di Oftalmologia II Università degli studi di Napoli
- Ospedale G. Rummo
- U.O. Centro di Riabilitazione Australia
- AORN Caserta

Puglia: 1
- Centro Cervi Policlinico Bari

Calabria: 1
- Centro di Riferimento Regionale di Ipovisione UO di Oculistica Azienda Ospedaliera "Mater Domini"

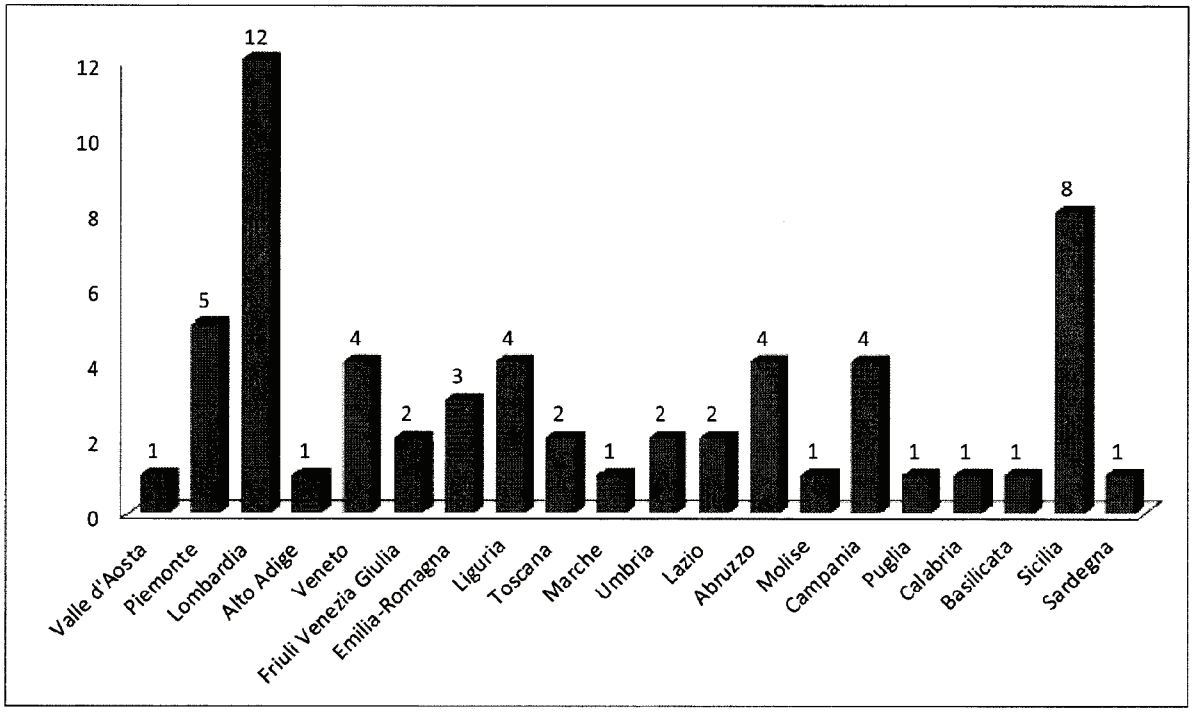
Basilicata: 1
- Centro per l'educazione e la riabilitazione visiva Potenza

Sicilia: 8
- Centro di Ipovisione e Riabilitazione A.R.I.I.S.
- Centro di Prevenzione delle Patologie Oculari UICI Palermo Sez. Prov
- UICI Sez. Provinciale Messina
- UICI Sez. Provinciale Siracusa
- UICI Sez. Provinciale Trapani
- UICI Sez. Provinciale Ragusa
- UICI Sez. Provinciale Enna
- UICI CT Consiglio Regionale Siciliano

Sardegna: 1
- Centro Regionale per l'educazione e la riabilitazione funzionale del paziente ipovedente-Azienda Ospedaliera "G.Brotzu"

B.1. 2 Analisi dei dati riportati dalle Regioni

Grafico relativo alla distribuzione dei Centri di riferimento regionali in Italia:



In considerazione dei Dati Istat sulla popolazione residente in Italia nel 2013 (vedi Tab.3), si può evidenziare una forte criticità, relativa al fatto che non esiste una correlazione fra la densità di popolazione ed il numero dei centri di riabilitazione visiva sul territorio. Questo necessariamente provoca il sovraccarico di attività in alcune regioni e la possibilità che cittadini, bisognosi di specifiche prestazioni assistenziali di riabilitazione visiva, debbano necessariamente far riferimento ad altre strutture, presenti in regioni dove non risiedono.

Nella regione Puglia, con alta densità di popolazione abbiamo nel 2013 solo un centro per la riabilitazione visiva, riconosciuto dalla Regione nonostante gli sforzi dei rappresentanti regionali che siedono anche al Tavolo tecnico riabilitazione visiva di questo Ministero.

L'organizzazione territoriale dei centri molto spesso dipende dalle scelte degli assessorati alla salute e dai finanziamenti che, erogati sulla base della legge 284/97, vengono invece utilizzati per altre attività o priorità regionali.

Tab.3: Totale della Popolazione residente al 1° Gennaio 2013 (DATI ISTAT) e rapporto con i Centri di Riabilitazione visiva

Codice Regione	Regioni	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine	Rapporto Cittadini/ Centri di Riabilitazione visiva
1	Piemonte	2110576	2263476	4.374.052	874.810
2	Valle d'Aosta	62391	65453	127.844	127.844
3	Lombardia	4764897	5029628	9.794.525	816.210
4	Trentino-Alto Adige	509750	530184	1.039.934	1.039.934
5	Veneto	2377937	2503819	4.881.756	1.220.439
6	Friuli-Venezia Giulia	589803	632057	1.221.860	610.930
7	Liguria	740293	824834	1.565.127	391.281
8	Emilia-Romagna	2114962	2262525	4.377.487	1.459.162
9	Toscana	1772317	1920511	3.692.828	1.846.414
10	Umbria	424966	461273	886.239	443.119
11	Marche	747635	797520	1.545.155	1.545.155
12	Lazio	2666925	2890351	5.557.276	2.778.638
13	Abruzzo	637389	675118	1.312.507	328.126
14	Molise	152865	160476	313.341	313.341
15	Campania	2796949	2972801	5.769.750	1.442.437
16	Puglia	1963041	2087762	4.050.803	4.050.803
17	Basilicata	282106	294088	576.194	576.194
18	Calabria	954259	1003979	1.958.238	1958.238
19	Sicilia	2418687	2581245	4.999.932	624.991
20	Sardegna	801849	838530	1.640.379	1.640.379
TOTALE		28889597	30795630	59.685.227	994.753

La forte disomogeneità è anche presente, nell'offerta di assistenza per fasce di età (Tab.4).

L'organizzazione dei centri non sempre segue quanto stabilito nella normativa di settore (vedi Parte C: legge 284/97 e successivo accordo in Conferenza Stato Regioni del 2004 per l'organizzazione dei servizi). La legge 284/97 stabiliva infatti che ogni Regione dovesse provvedere, nella pienezza della sua autonomia, a predisporre ed attuare un piano di programmazione dei centri di ipovisione, rivalutando e potenziando gli esistenti e creandone di nuovi. I centri quindi dovrebbero, nel pieno rispetto della normativa e degli accordi, avere una distribuzione territoriale capillare, in quanto il fenomeno cecità-ipovisione, come riportato nella premessa, è in notevole aumento nella popolazione anziana, che è proprio quella con maggiori problemi legati all'eventuale spostamento.

Tab.4: Assistenza per fasce d'età

REGIONE	**NUMERO DI CENTRI PER OFFERTA DI ASSISTENZA**			
	Esclusivamente età evolutiva	**Esclusivamente adulti**	**Tutte le età**	**TOTALE**
PIEMONTE	-	-	5	5
VALLE D'AOSTA	-	1	-	1
LOMBARDIA	2	4	6	12
PA BOLZANO	Non indicato	Non indicato	Non indicato	1
VENETO	1	2	1	4
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	-	1	2
LIGURIA	-	3	1	4
EMILIA ROMAGNA	-	-	3	3
TOSCANA	-	-	2	2
UMBRIA	-	1	1	2
MARCHE	1	-	-	1
LAZIO	-	2	-	2
ABRUZZO	-	-	4	4
MOLISE	-	1	-	1
CAMPANIA *	1	-	2	4
PUGLIA	-	-	1	1
BASILICATA	-	1	-	1
CALABRIA	-	-	1	1
SICILIA	-	-	8	8
SARDEGNA	-	-	1	1
ITALIA	**6**	**15**	**37**	**60**

Nell'analisi dei dati sulle attività di riabilitazione visiva, trasmessi dalle Regioni, è evidente che riguardo l'offerta assistenziale abbiamo ancora, come riportato già gli scorsi anni, prestazioni specifiche per l'età evolutiva che vengono erogate soprattutto nel Nord e Centro Italia. In alcune regioni (Valle d'Aosta, Lazio, Basilicata e Molise) non ci sono strutture per la riabilitazione visiva del bambino (Tab.5).

Nessun centro, ancora, si dedicata completamente all'assistenza riabilitativa dell'anziano, mentre sarebbe molto utile, per l'aumento delle patologie correlate all'età, iniziare a prevedere un'organizzazione territoriale in tal ambito.

Tab.5: DISTRIBUZIONE DEI CASI RILEVATI PER FASCIA DI ETA' - ANNO 2013

REGIONE	**NUMERO DI CASI**			
	0-18 ANNI	**19-65 ANNI**	**> 65 ANNI**	**TOTALE**
PIEMONTE	2487	1162	1507	5156
VALLE D'AOSTA	0	5	17	22
LOMBARDIA	1678	668	1435	3781
PA. BOLZANO *	-	-	-	-
VENETO	949	1431	1995	4375
FRIULI VENEZIA GIULIA	92	26	21	139
LIGURIA	223	110	175	508
EMILIA ROMAGNA	49	81	303	433
TOSCANA	557	398	799	1754
UMBRIA	15	43	133	191
MARCHE	176	105	-	281
LAZIO	2	14	93	109
ABRUZZO	2302	373	1452	4127
MOLISE		16	41	57
CAMPANIA *	260	229	208	697
PUGLIA	12	23	14	49
BASILICATA	4	47	60	111
CALABRIA	80	700	650	1430
SICILIA *	8395	5986	3391	17772
SARDEGNA	11	57	38	106
ITALIA	**17292**	**11474**	**12332**	**41098**

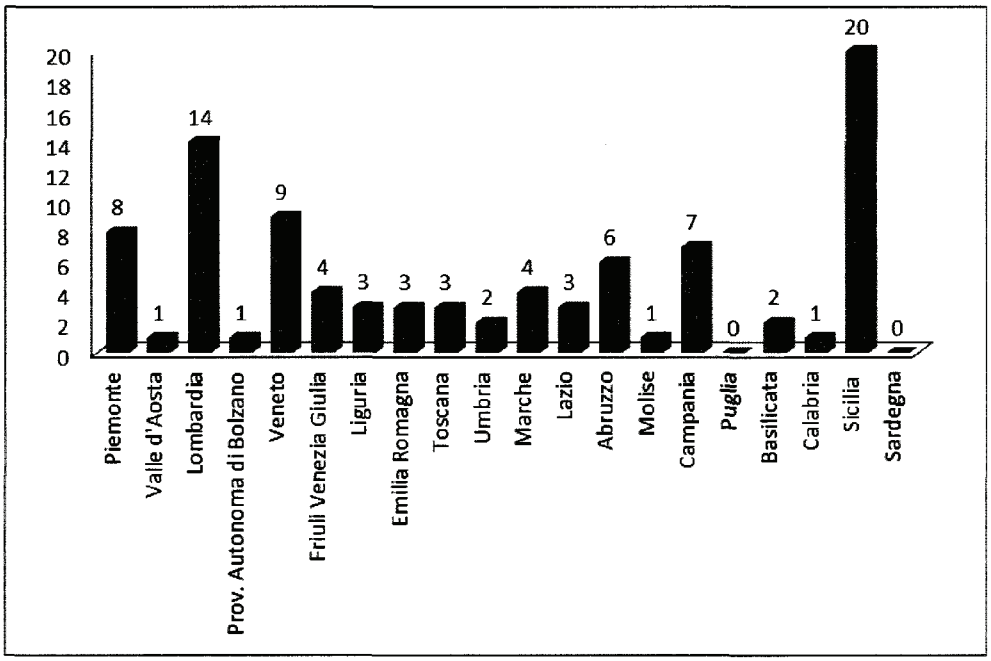
*13.548 casi sono stati "screening oftalmologici"

Considerando il personale che svolge attività professionale presso i centri (*parametro importante per evidenziare in che modo vengono potenziati i servizi di riabilitazione visiva, così come anche indicato nell'Action Plan OMS 2014 – 2019 che evidenzia quanto il "personale dedicato ai servizi" sia un indicatore fondamentale per il monitoraggio delle corrette politiche sanitarie nell'ambito della prevenzione della diabilità visiva*) è stato possibile evidenziare notevoli differenze regionali.

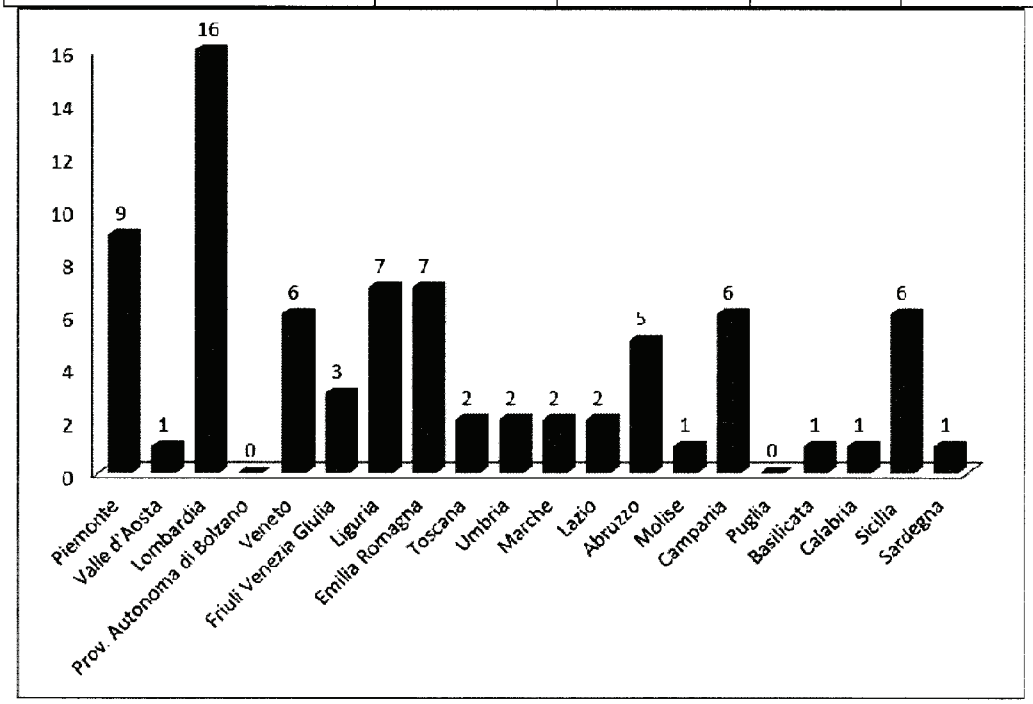
Non tutte le Regioni hanno correttamente indicato nelle schede di rilevazione il personale presso i servizi ma si evidenzia comunque che, nell'organizzazione dei Centri, c'è stato un potenziamento della figura dell'ortottista, ritenuta fondamentale per la riabilitazione del disabile visivo complesso.

A questo proposito si vuole sottolineare che negli ultimi anni il Polo nazionale dei servizi per la riabilitazione visiva ed il Ministero della salute, con la partecipazione ad incontri e seminari sulla materia, hanno voluto sensibilizzare le regioni su tutte le attività di riabilitazione visiva che possono essere svolte soltanto con un approccio multidisciplinare. Per questo si è anche deciso di riportare, in questa Relazione, le tabelle riguardanti il personale operante nei centri che svolge funzione di supporto, sempre nell'ambito dell'equipe multidisciplinare (psicologi, assistenti sociali, infermieri ed altre figure professionali) (Tabb. 6 – 11).

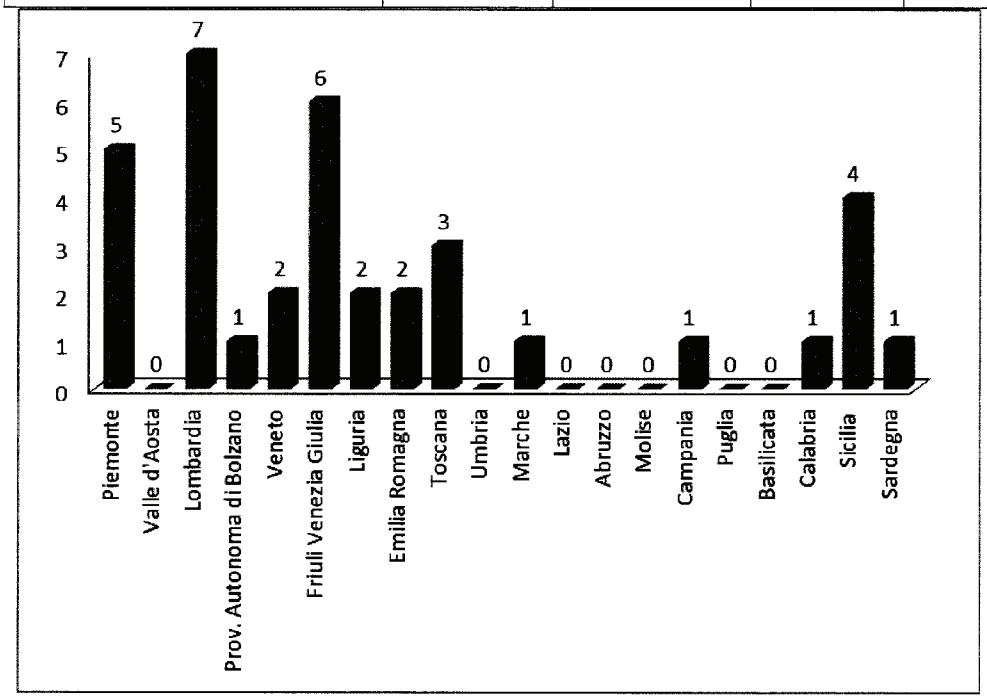
REGIONE	Tab.6: MEDICI SPECIALISTI IN OFTALMOLOGIA OPERANTI NEI CENTRI				
	personale dipendente	*personale convenzionato*	*consulenti*	*personale con tipologia di rapporto non indicata*	*personale totale*
PIEMONTE	3	1	2	2	8
VALLE D'AOSTA	-	-	-	1	1
LOMBARDIA	9	-	5	-	14
PA. BOLZANO	-	-	-	1	1
VENETO	6	2	1	-	9
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-	4	4
LIGURIA	-	-	-	3	3
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	3	3
TOSCANA	-	-	-	3	3
UMBRIA	1	-	-	1	2
MARCHE	2	-	2	-	4
LAZIO	2	-	1	-	3
ABRUZZO	-	-	-	6	6
MOLISE	1	-	-	-	1
CAMPANIA	-	-	-	7	7
PUGLIA	-	-	-	-	0
BASILICATA	-	-	-	2	2
CALABRIA	-	-	-	1	1
SICILIA	-	-	20	-	20
SARDEGNA	-	-	-	-	0
ITALIA	24	3	31	34	92



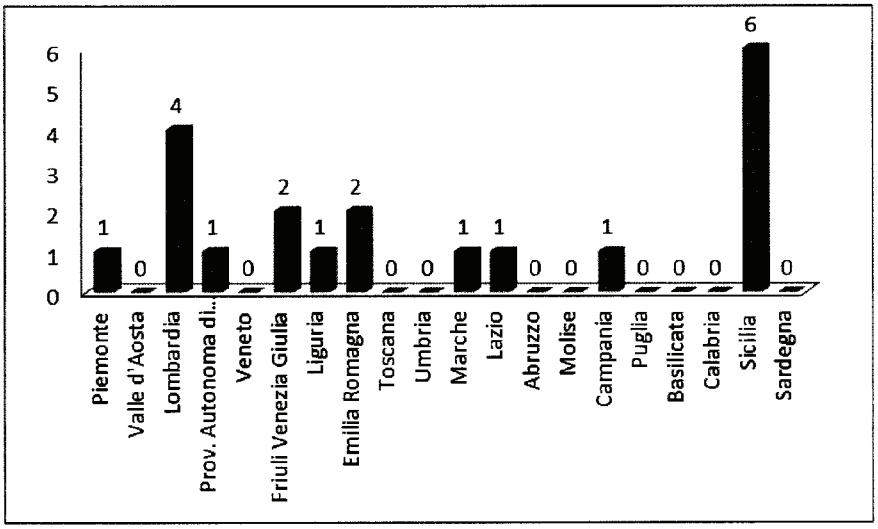
REGIONE	Tab.7: ORTOTTISTI ASSISTENTI IN OFTALMOLOGIA OPERANTI NEI CENTRI				
	personale dipendente	*personale convenzionato*	*consulenti*	*personale con tipologia di rapporto non indicata*	*personale totale*
PIEMONTE	6	-	2	1	9
VALLE D'AOSTA	-	-	-	1	1
LOMBARDIA	14	-	2	-	16
PA. BOLZANO	-	-	-	-	-
VENETO	5	1	-	-	6
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-	3	3
LIGURIA	-	-	-	7	7
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	7	7
TOSCANA	-	-	-	2	2
UMBRIA	1	-	-	1	2
MARCHE	2	-	-	-	2
LAZIO	2	-	-	-	2
ABRUZZO	-	-	-	5	5
MOLISE	1	-	-	-	1
CAMPANIA	-	-	-	6	6
PUGLIA	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	1	1
CALABRIA	-	-	-	1	1
SICILIA	1	-	5	-	6
SARDEGNA	-	-	-	1	1
ITALIA	32	1	9	36	78



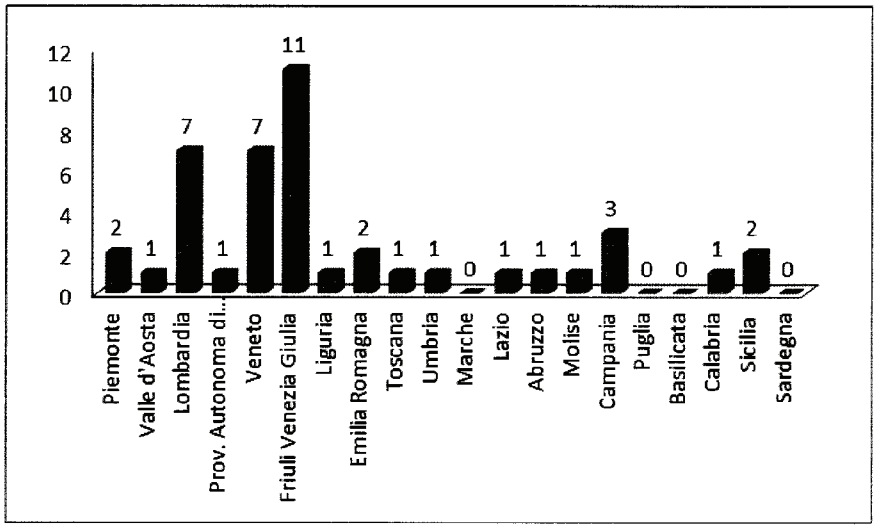
REGIONE	Tab.8: PSICOLOGI OPERANTI NEI CENTRI				
	personale dipendente	*personale convenzionato*	*consulenti*	*personale con tipologia di rapporto non indicata*	*personale totale*
PIEMONTE	1	2	1	1	5
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	0
LOMBARDIA	5	-	2	-	7
PA. BOLZANO	-	-	-	1	1
VENETO	1	1	-	-	2
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-	6	6
LIGURIA	-	-	-	2	2
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	2	2
TOSCANA	-	-	-	3	3
UMBRIA	-	-	-	-	0
MARCHE	1	-	-	-	1
LAZIO	-	-	-	-	0
ABRUZZO	-	-	-	-	0
MOLISE	-	-	-	-	0
CAMPANIA	-	-	-	1	1
PUGLIA	-	-	-	-	0
BASILICATA	-	-	-	-	0
CALABRIA	-	-	-	1	1
SICILIA	1	-	3	-	4
SARDEGNA	-	-	-	1	1
ITALIA	9	3	6	18	36



REGIONE	**Tab. 9: ASSISTENTI SOCIALI OPERANTI NEI CENTRI**				
	personale dipendente	***personale convenzionato***	***consulenti***	***personale con tipologia di rapporto non indicata***	***personale totale***
PIEMONTE	-	-	-	1	1
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	0
LOMBARDIA	3	-	1	-	4
PA. BOLZANO	1	-	-	-	1
VENETO	-	-	-	-	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-	2	2
LIGURIA	-	-	-	1	1
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	2	2
TOSCANA	-	-	-	-	0
UMBRIA	-	-	-	-	0
MARCHE	1	-	-	-	1
LAZIO	-	-	1	-	1
ABRUZZO	-	-	-	-	0
MOLISE	-	-	-	-	0
CAMPANIA	-	-	-	1	1
PUGLIA	-	-	-	-	0
BASILICATA	-	-	-	-	0
CALABRIA	-	-	-	-	0
SICILIA	3	-	3	-	6
SARDEGNA	-	-	-	-	0
ITALIA	8	0	5	7	20



REGIONE	Tab.10: INFERMIERI OPERANTI NEI CENTRI				
	personale dipendente	*personale convenzionato*	*consulenti*	*personale con tipologia di rapporto non indicata*	*personale totale*
PIEMONTE	-	-	-	2	2
VALLE D'AOSTA	-	-	-	1	1
LOMBARDIA	7	-	-	-	7
PA.BOLZANO	1	-	-	-	1
VENETO	7	-	-	-	7
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-	11	11
LIGURIA	-	-	-	1	1
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	2	2
TOSCANA	-	-	-	1	1
UMBRIA	1	-	-	-	1
MARCHE	-	-	-	-	0
LAZIO	1	-	-	-	1
ABRUZZO	-	-	-	1	1
MOLISE	1	-	-	-	1
CAMPANIA	-	-	-	3	3
PUGLIA	-	-	-	-	0
BASILICATA	-	-	-	-	0
CALABRIA	-	-	-	1	1
SICILIA	1	-	1	-	2
SARDEGNA	-	-	-	-	0
ITALIA	19	0	1	23	43



REGIONE	**Tab.11: ALTRI OPERATORI SOCIO-SANITARI OPERANTI NEI CENTRI**				
	personale dipendente	***personale convenzionato***	***consulenti***	***Personale con tipologia di rapporto non indicata***	***personale totale***
PIEMONTE	2	5	9	13	29
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	0
LOMBARDIA	5	-	14	3	22
PA. BOLZANO	1	-	-	1	2
VENETO	4	1	6	-	11
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-	42	42
LIGURIA	-	-	-	30	30
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	5	5
TOSCANA	-	-	-	15	15
UMBRIA	-	-	-	-	0
MARCHE	6	-	-	-	6
LAZIO	-	-	-	-	0
ABRUZZO	-	-	-	-	0
MOLISE	-	-	-	-	0
CAMPANIA	-	-	-	13	13
PUGLIA	-	-	-	-	0
BASILICATA	-	-	-	3	3
CALABRIA	-	-	-	-	0
SICILIA	1	-	2	4	7
SARDEGNA	-	-	-	-	0
ITALIA	19	6	31	129	185

Altro comprende le seguenti Figure Professionali: *Fisioterapista, Operatore Tecnico Addetto all'assistenza, Assistente amministrativo, Istruttore di Orientamento e Mobilità, Tecnico Informatico, Pedagogista, Psicoterapeuta infantile, Arte terapeuta, Addetti alla segreteria.*

L'analisi dei dati riguardanti il personale operante presso i Centri di riabilitazione visiva ci permette di evidenziare che, ad oggi, non abbiamo ancora il pieno rispetto della normativa e degli accordi presi in sede di Conferenza Stato Regioni.

La legge 284/97 prevedeva, all'art.2, comma 1 "Requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri" come **Figure professionali di base:**

- medico specialista in oftalmologia;
- psicologo;
- ortottista assistente in oftalmologia;
- infermiere o assistente sanitario;
- assistente sociale.

Nell'organizzazione del Centri di riferimento regionali sono carenti le figure dello psicologo e/o assistente sociale, mentre le più moderne indicazioni che riguardano la riabilitazione visiva, discusse a livello nazionale ed internazionale, pongono proprio al centro dell'equipe multidisciplinare, che deve prevedere un approccio globale al soggetto disabile-visivo, queste figure professionali la cui competenza dovrebbe essere utilizzata per dare fiducia al soggetto e porlo nelle migliori condizioni possibili affinché possa affrontare il percorso riabilitativo che spesso è molto lungo, faticoso e potrebbe portare, nel caso sia accompagnato da una fase di depressione del soggetto, ad insuccesso completo di ogni tipo di intervento tecnico.
Purtroppo si evidenzia, come forte criticità, che il taglio dei finanziamenti avvenuto nel 2014, e per ora confermato nei capitoli di bilancio per il prossimo esercizio finanziario, non può che aggravare la situazione di scarso investimento nell'organizzazione dei servizi e nel personale dedicato. Questo sicuramente sarà maggiormente evidente nelle regioni che attualmente non prevedono, nell'ambito della loro organizzazione, un finanziamento dei Centri, se non con l'erogazione dei fondi della Legge 284/97.

In conclusione analizzando i dati nel loro complesso, appare chiaro come in alcune regioni, soprattutto nel centro – sud, sarebbero necessarie azioni di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi in particolare riguardo il potenziamento delle attività multidisciplinari rese possibili solo con la presenza delle varie figure professionali previste da norma.
Infine potrebbe essere necessario, nei prossimi anni, e soprattutto in considerazione del possibile inserimento delle attività di riabilitazione visiva nei LEA, organizzare un'assistenza territoriale per i disabili visivi, sia in setting domiciliare che residenziale e semiresidenziale.

C – PARTE TERZA

NORMATIVA

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-tiflologica;

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-tiflologiche*:

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 sanita' 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 necessita' di conformare le dizioni 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 piu' 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:

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;

alle regioni e alle province autonome spetta la determinazione delle modalità organizzative a livello locale;

vengono individuati i criteri di ripartizione dei finanziamenti previsti dalla *legge 28 agosto 1997, n. 284*,

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 (All. sub 2.1), quale parte integrante del presente accordo;

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) *h*a 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'Agenzi internazionale per la prevenzione della cecità un contributo annuo di euro 750.000*

APPENDICE con ALLEGATI

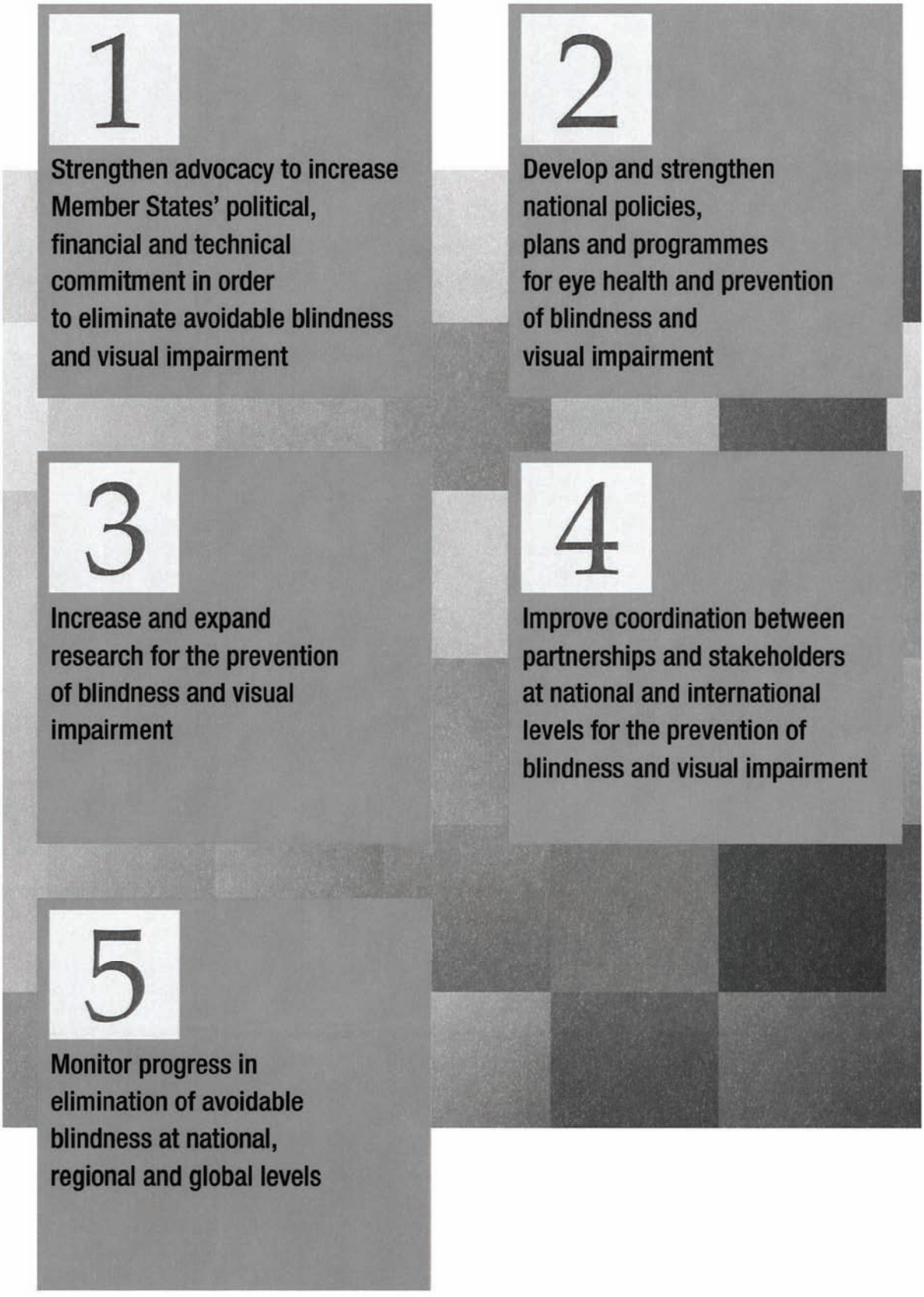
1) **Action Plan for the Prevention of avoidable blindness and visual impairment 2009 – 2013**

2) **Universal eye Health, A global Action Plan 2014 – 2019**

Action plan

for the prevention of avoidable blindness and visual impairment

2009 - 2013


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

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.

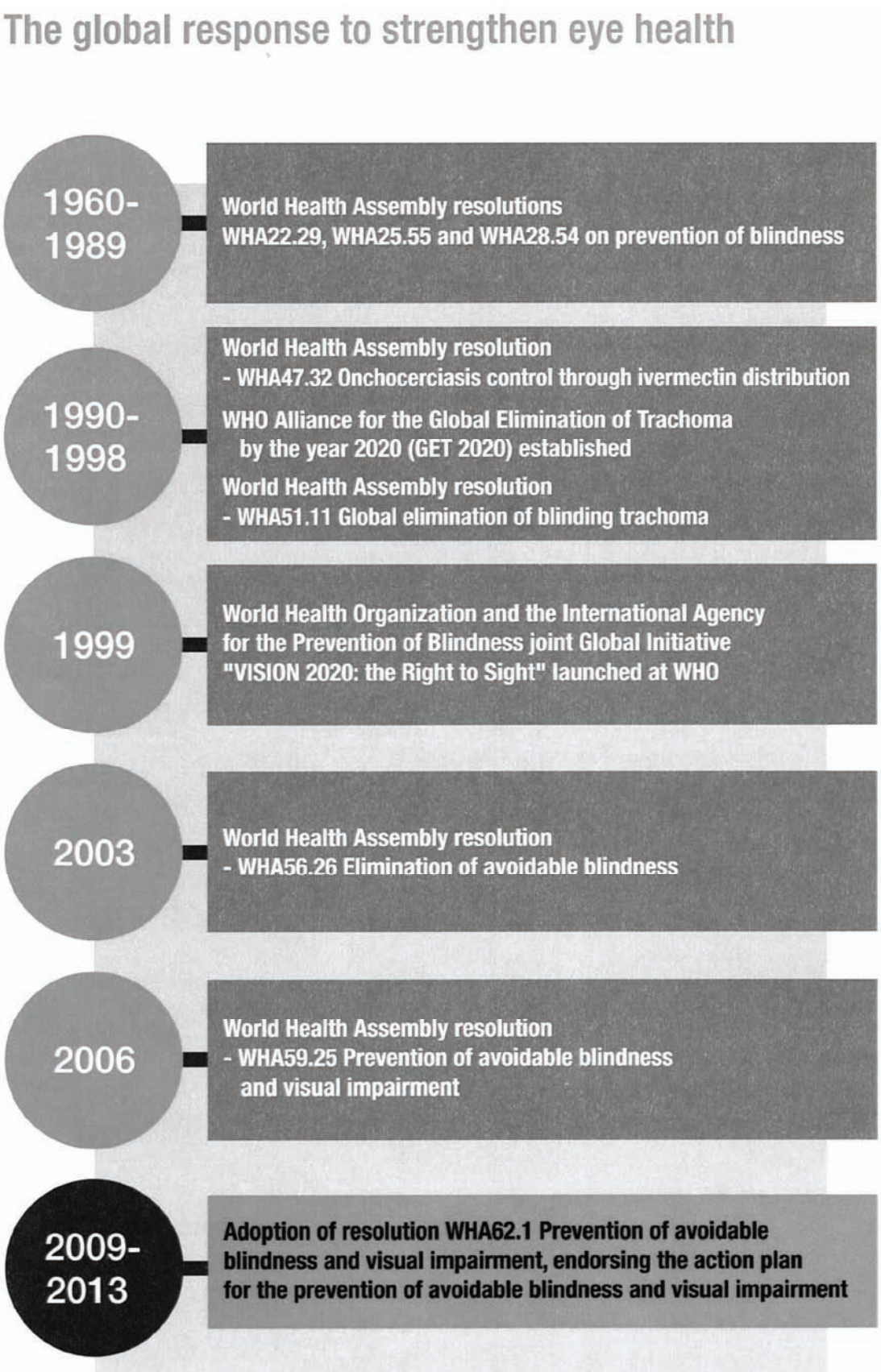
The major causes of blindness include cataract, uncorrected refractive errors, glaucoma, age-related macular degeneration, corneal opacities, diabetic retinopathy, eye diseases in children, trachoma and onchocerciasis.

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.[1]

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.

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

Action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment[1]

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.

1 See resolution WHA62.1.

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.

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.[1] 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,[2] 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.[3]

RESOURCES

11. The Programme budget 2008–2009 describes the financial resources required by the Secretariat for work to meet strategic objective 3. For future biennlums, 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.

---

1 "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.

2 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.

3 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

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[1] [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.

1 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[1] 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.

1 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;[1]

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)

1 Document A62/7.

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;[1]

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;

1 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)

WHA56.26
Elimination of avoidable blindness

The Fifty-sixth World Health Assembly,

Having considered the report on elimination of avoidable blindness;[1]

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;

1 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)

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 inturned 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 inturned 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

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

	Member States	International Partners	WHO Secretariat
OBJECTIVE 1. Strengthen advocacy to increase Member States' political, financial and technical commitment in order to eliminate avoidable blindness and visual impairment	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.	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.	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].
	2. Consider budgetary appropriations for eye health and prevention of blindness.	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.	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].
	3. Promote and integrate eye health at all levels of health-care delivery.		3. Harmonize the advocacy messages used by international partners in various health and development forums [2009–2010].
	4. Observe World Sight Day.		4. Promote collaboration by programmes and groups across the Organization in work on tackling major risk factors for visual impairment.
	5. Integrate eye-health preservation in health promotion agendas.		
OBJECTIVE 2. Develop and strengthen national policies, plans and programmes for eye health and prevention of blindness and visual impairment	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.	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.	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].
	2. Review existing policies addressing visual health, identify gaps and develop new policies in favour of a comprehensive eye-care system.	2. Generate resources for, and support the implementation of, national blindness-prevention plans in order to avoid duplication of effort.	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.
	3. Incorporate prevention of blindness and visual impairment in poverty-reduction strategies and relevant socioeconomic policies.	3. Provide continued support to programmes controlling nutritional and communicable causes of blindness.	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].
	4. Involve relevant government sectors in designing and implementing policies, plans and programmes to prevent blindness and visual impairment.		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].
	5. Develop an eye-health workforce including paramedical professionals and community health workers through training programmes that include a community eye-health component.		5. Review educational curricula and best practices for education and training of eye health-care professionals [2010–2011].
			6. Strengthen the capacity of regional and country offices to provide technical support for eye health/prevention of blindness.

OBJECTIVE 3. Increase and expand research for the prevention of blindness and visual impairment	1. 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.	1. 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.	1. 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].
	2. Assess the economic cost of blindness and visual impairment and its impact on socioeconomic development.	2. Support collaboration between institutions in low- and middle-income countries and high-income countries.	2. Support Member States in assessing the impact of public health policies and strategies on the status of eye health and share the results.
	3. Determine the impact of poverty and other determinants on the gradient of socioeconomic disparity in individuals' access to eye-care services.	3. Support and prioritize in coordination with Member States research on eye diseases at the global, regional and subregional levels.	3. 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].
	4. Include epidemiological, behavioural, health-system and health-workforce research as part of national programmes for eye health and prevention of blindness and visual impairment.	4. Strengthen and support WHO Collaborating Centres and national research institutions in research related to prevention of blindness and visual impairment.	
OBJECTIVE 4. Improve coordination between partnerships and stakeholders at national and international levels for the prevention of blindness and visual impairment	1. 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.	1. Collaborate closely with and provide support to Member States and the Secretariat in implementing the various components of this plan.	1. Convene the WHO Monitoring Committee for the Elimination of Avoidable Blindness pursuant to resolution WHA56.26 [2009].
	2. Promote partnerships between the public, private and voluntary sectors at national and subnational levels.	2. Liaise with other international organizations and agencies with broader development agendas in order to identify opportunities for collaboration.	2. Support and strengthen the role of WHO Collaborating Centres by linking their workplans to the implementation of this plan [2009–2010].
		3. Continue to support the existing partnerships for onchocerciasis and trachoma control until these diseases are eliminated as public health problems.	
OBJECTIVE 5. Monitor progress in elimination of avoidable blindness at national, regional and global levels	1. Provide regularly updated data and information on prevalence and causes of blindness and visual impairment, disaggregated by age, gender and socioeconomic status.	1. 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.	1. 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].
	2. Strengthen standardized data collection and establish surveillance systems using existing WHO tools (for example, those used for cataract, trachoma and onchocerciasis).	2. 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.	2. 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].
	3. Provide regular reports using the WHO standardized reporting system, on progress made in implementing national blindness-prevention strategies and plans.		3. 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].
			4. 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].
			5. Contribute to the Global Burden of Disease 2005 study[1] [2009–2010].

Universal eye health

A global action plan 2014–2019

Foreword

The most recent WHO estimates on the global magnitude and causes of visual impairments confirm a major opportunity for change in the lives of millions of people: 80% of all causes of visual impairment are preventable or curable. WHO estimates that in 2010 there were 285 million people visually impaired, of which 39 million were blind. If just the two major causes of visual impairment were considered priorities and control measures were implemented consistently across the world, by providing refractive services and offering cataract surgery to the people in need, two thirds of the visually impaired people could recover good sight. This scenario appears to be fairly easy to realize, but for multiple reasons both the aforementioned eye diseases remain major items on the unfinished agenda of public eye care.

Provision of effective and accessible eye care services is key for effectively controlling visual impairment including blindness. The preference is given to strengthening eye care services through their integration into the health system rather than through their provision in the vertical programme approach. There is ample evidence that comprehensive eye care services need to become an integral part of primary health care and health systems development. While it is critical, as an example, for preventing visual impairment from diabetes and premature birth, it is true for the prevention and management of almost all causes of avoidable visual impairment. In the international work in the health sector in the last few years there has been an ever-increasing focus on health system development and increasing attention to the benefits that come from integrating competencies and specialities of the health sector. There is the potential to streamline health promotion for eye care alongside general health promotion initiatives. There are a number of proven risk factors for some major causes of blindness supported by evidence (e.g. diabetes mellitus, smoking, premature birth, rubella, vitamin A deficiency) which need to be addressed where appropriate through a health sector-wide approach. A major opportunity will be in incorporating the prevention of visual impairment and rehabilitation agenda into wider health policies and strategies, including post-Millennium Development Goals global actions. Multisectoral action is also crucial for preventing a range of chronic eye conditions. This becomes increasingly critical as chronic eye diseases, the incidence of which increases with age, are the major cause of visual impairment and in the future it is anticipated that, along with the global ageing of the world population, their relevance and magnitude will grow.

The adoption of the global eye health action plan by the Sixty-sixth World Health Assembly opens a new opportunity for Member States to progress with their efforts to prevent visual impairment and strengthen rehabilitation of the blind in their communities. All stakeholders are requested to join in this renewed effort to translate the vision of the global eye health action plan which is a world in which nobody is needlessly visually impaired, where those with unavoidable vision loss can achieve their full potential, and where there is universal access to comprehensive eye care services.

Dr Oleg Chestnov
Assistant Director-General
Noncommunicable Diseases and Mental Health
World Health Organization

Introduction

The global eye health action plan 2014–2019 aims to reduce avoidable visual impairment as a global public health problem and to secure access to rehabilitation services for the visually impaired. This should be achieved by expanding current efforts by Member States, the WHO Secretariat and international partners, improved coordination, efficient monitoring, focusing the use of resources towards the most cost-effective interventions, and developing innovative approaches to prevent and cure eye diseases.

Following the request of Member States at the Sixty-fifth World Health Assembly in 2011, the Secretariat, in close consultation with Member States and international partners, developed a draft action plan for the prevention of avoidable visual impairment for the period 2014–2019. The content and structure of the action plan was built on experiences in prevention of avoidable visual impairment gained through major international partnerships and alliances along with lessons learnt in implementing comprehensive eye health interventions at district and national levels. A major effort was made in engaging all stakeholders in the development of the action plan and stimulating their feedback on the draft through web-based consultations and consultative meetings convened by the Secretariat. The Sixty-sixth World Health Assembly endorsed the action plan by adopting resolution WHA66.4 entitled Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019.

Actions for Member States, international partners and the Secretariat are structured around three objectives:

- objective 1 addresses the need for generating evidence on the magnitude and causes of visual impairment and eye care services and using it to monitor progress, identify priorities and advocate for greater political and financial commitment by Member States to eye health;
- objective 2 encourages the development and implementation of integrated national eye health policies, plans and programmes to enhance universal eye health with activities in line with WHO's framework for action for strengthening health systems to improve health outcomes;
- objective 3 addresses multisectoral engagement and effective partnerships to strengthen eye health.

The global eye health action plan is based on five principles and approaches which underpin the plan: universal access and equity, human rights, evidence-based practice, a life course approach, and empowerment of people with visual impairment. As there have been significant shifts in the pattern of causes of visual impairment, the action plan is structured to particularly address the global trend towards an increasing incidence of chronic eye diseases related to ageing. These are expected to be the most prevalent causes of avoidable visual impairment in the next decades.

The global eye health action plan is built using the health system approach, which encompasses the integration of eye care programmes into the wider health care system at all levels (primary, secondary, and tertiary).

Effective international partnerships and alliances remain instrumental in delivering effective public health responses and in strengthening the prevention of visual impairment. The reduction of avoidable visual impairment depends also on progress in other health and development agendas, such as the development of comprehensive health systems, human resources for health development, improvements in the area of maternal, child and reproductive health, and the provision of safe water and basic sanitation. Eye health needs to be included in broader noncommunicable and communicable disease frameworks, and can substantially contribute in those global initiatives addressing ageing, marginalized and vulnerable groups.

By setting a global target for the action plan, Member States have agreed to jointly work towards the reduction in prevalence

of avoidable visual impairment by 25% by 2019 from the baseline established by WHO in 2010. The global eye health action plan provides Member States with a set of activities to strengthen their health systems in the area of eye care. Member States are invited, in collaboration with international partners, to identify and implement those actions most appropriate to their own circumstances and needs.

WHA66.4
Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019

The Sixty-sixth World Health Assembly,

Having considered the report and draft global action plan 2014–2019 on universal eye health;[1]

Recalling resolutions WHA56.26 on elimination of avoidable blindness and WHA62.1 and WHA59.25 on prevention of avoidable blindness and visual impairment;

Recognizing that the global action plan 2014–2019 on universal eye health builds upon the action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment for the period 2009–2013;

Recognizing that globally, 80% of all visual impairment can be prevented or cured and that about 90% of the world's visually impaired live in developing countries;

Recognizing the linkages between some areas of the global action plan 2014–2019 on universal eye health and efforts to address noncommunicable diseases and neglected tropical diseases,

1. ENDORSES the global action plan 2014–2019 on universal eye health;

2. URGES Member States:

   (1) to strengthen national efforts to prevent avoidable visual impairment including blindness through, inter alia, better integration of eye health into national health plans and health service delivery, as appropriate;

   (2) to implement the proposed actions in the global action plan 2014–2019 on universal eye health in accordance with national priorities, including universal and equitable access to services;

   (3) to continue to implement the actions agreed by the World Health Assembly in resolution WHA62.1 on prevention of blindness and visual impairment and the action plan for the prevention of blindness and visual impairment for the period 2009–2013;

   (4) to continue to support the work of the Secretariat to implement the current action plan to the end of 2013;

   (5) to consider the programme and budget implications related to implementation of this resolution within the context of the broader programme budget;

3. REQUESTS the Director-General:

   (1) to provide technical support to Member States for the implementation of the proposed actions in the global action plan 2014–2019 on universal eye health in accordance with national priorities;

   (2) to further develop the global action plan 2014–2019 on universal eye health, in particular with regard to the inclusion of universal and equitable access to services;

   (3) to continue to give priority to the prevention of avoidable visual impairment, including blindness, and to consider allocating resources for the implementation of the global action plan 2014–2019 on universal eye health;

   (4) to report, through the Executive Board, to the Seventieth World Health Assembly in 2017, and the Seventy-third World Health Assembly in 2020, on progress in implementing the action plan.

(Eighth plenary meeting, 24 May 2013 – Committee A, second report)

1 Document A66/11.

Universal eye health: a global action plan 2014–2019[2]

World Health Assembly document A66/11 (28 March 2013)

1. In January 2012 the Executive Board reviewed progress made in implementing the action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment for the period 2009–2013. It decided that work should commence immediately on a follow-up plan for the period 2014–2019, and requested the Director-General to develop a draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment for the period 2014–2019 in close consultation with Member States and international partners, for submission to the World Health Assembly through the Executive Board.[3] The following global action plan was drafted after consultations with Member States, international partners and organizations in the United Nations system.

Visual impairment in the world today

2. For 2010, WHO estimated that globally 285 million people were visually impaired, of whom 39 million were blind.

3. According to the data for 2010, 80% of visual impairment including blindness is avoidable. The two main causes of visual impairment in the world are uncorrected refractive errors (42%) and cataract (33%). Cost-effective interventions to reduce the burden of both conditions exist in all countries.

4. Visual impairment is more frequent among older age groups. In 2010, 82% of those blind and 65% of those with moderate and severe blindness were older than 50 years of age. Poorer populations are more affected by visual impairment including blindness.

Building on the past

5. In recent resolutions, the Health Assembly has highlighted the importance of eliminating avoidable blindness as a public health problem. In 2009, the World Health Assembly adopted resolution WHA62.1, which endorsed the action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment. In 2012, a report noted by the Sixty-fifth World Health Assembly and a discussion paper described lessons learnt from implementing the action plan for 2009–2013. The results of those findings and the responses received to the discussion paper were important elements in the development of this action plan. Some of the lessons learnt are set out below.

   (a) *In all countries it is crucial to assess the magnitude and causes of visual impairment and the effectiveness of services.* It is important to ensure that systems are in place for monitoring prevalence and causes of visual impairment, including changes over time, and the effectiveness of eye care and rehabilitation services as part of the overall health system. Monitoring and evaluating eye care services and epidemiological trends in eye disease should be integrated into national health information systems. Information from monitoring and evaluation should be used to guide the planning of services and resource allocation.

   (b) *Developing and implementing national policies and plans for the prevention of avoidable visual impairment remain the cornerstone of strategic action.* Some programmes against eye diseases have had considerable success in developing and implementing policies

2 See resolution WHA66.4.

3 See decision EB130(1).

and plans, however, the need remains to integrate eye disease control programmes into wider health care delivery systems, and at all levels of the health care system. This is particularly so for human resource development, financial and fiscal allocations, effective engagement with the private sector and social entrepreneurship, and care for the most vulnerable communities. In increasing numbers, countries are acquiring experience in developing and implementing effective eye health services and embedding them into the wider health system. These experiences need to be better documented and disseminated so that all countries can benefit from them.

(c) *Governments and their partners need to invest in reducing avoidable visual impairment through cost-effective interventions and in supporting those with irreversible visual impairment to overcome the barriers that they face in accessing health care, rehabilitation, support and assistance, their environments, education and employment.* There are competing priorities for investing in health care, nevertheless, the commonly used interventions to operate on cataracts and correct refractive errors – the two major causes of avoidable visual impairment – are highly cost effective. There are many examples where eye care has been successfully provided through vertical initiatives, especially in low-income settings. It is important that these are fully integrated into the delivery of a comprehensive eye care service within the context of wider health services and systems. The mobilization of adequate, predictable and sustained financial resources can be enhanced by including the prevention of avoidable visual impairment in broader development cooperative agendas and initiatives. Over the past few years, raising additional resources for health through innovative financing has been increasingly discussed but investments in the reduction of the most prevalent eye diseases have been relatively absent from the innovative financing debate and from major financial investments in health. Further work on a cost–benefit analysis of prevention of avoidable visual impairment and rehabilitation is needed to maximize the use of resources that are already available.

(d) *International partnerships and alliances are instrumental in developing and strengthening effective public health responses for the prevention of visual impairment.* Sustained, coordinated international action with adequate funding has resulted in impressive achievements, as demonstrated by the former Onchocerciasis Control Programme, the African Programme for Onchocerciasis Control and the WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma by the year 2020. VISION 2020: The Right to Sight, the joint global initiative for the elimination of avoidable blindness of WHO and the International Agency for the Prevention of Blindness, has been important in increasing awareness of avoidable blindness and has resulted in the establishment of regional and national entities that facilitate a broad range of activities. The challenge now is to strengthen global and regional partnerships, ensure they support building strong and sustainable health systems, and make partnerships ever more effective.

(e) *Elimination of avoidable blindness depends on progress in other global health and development agendas*, such as the development of comprehensive health systems, human resources for health development, improvements in the area of maternal, child and reproductive health, and the provision of safe drinking-water and basic sanitation. Eye health should be included in broader noncommunicable and communicable disease frameworks, as well as those addressing ageing populations. The proven risk factors for some causes of blindness (e.g. diabetes mellitus, smoking, premature birth, rubella and vitamin A deficiency) need to be continuously addressed through multisectoral interventions.

(f) *Research is important and needs to be funded.* Biomedical research is important in developing new and more cost-effective interventions, especially those that are applicable in low-income and middle-income countries. Operational research will provide evidence on ways to overcome barriers in service provision and uptake, and improvements in appropriate cost-effective strategies and approaches for meeting ever-growing public health needs for improving and preserving eye health in communities.

(g) *Global targets and national indicators are important.* A global target provides clarity on the overall direction of the plan and focuses the efforts of partners. It is also important for advocacy purposes and evaluating the overall impact of the action plan. National indicators help Member States and their partners to evaluate progress and plan future investments.

Global action plan 2014–2019

6. The **vision** of the global action plan is a world in which nobody is needlessly visually impaired, where those with unavoidable vision loss can achieve their full potential, and where there is universal access to comprehensive eye care services.

7. The global action plan 2014–2019 aims to sustain and expand efforts by Member States, the Secretariat and international partners to further improve eye health and to work towards attaining the vision just described. Its **goal** is to reduce avoidable visual impairment[4] as a global public health problem and to secure access to rehabilitation services for the visually impaired. The **purpose** of the action plan is to achieve this goal by improving access to comprehensive eye care services that are integrated into health systems. Further details are provided in Appendix 1. Five principles and approaches underpin the plan: universal access and equity, human rights, evidence-based practice, a life course approach, and empowerment of people with visual impairment. Further details are provided in Appendix 2.

8. Proposed actions for Member States, international partners and the Secretariat are structured around **three objectives** (see Appendix 3):

- **objective 1** addresses the need for generating evidence on the magnitude and causes of visual impairment and eye care services and using it to advocate greater political and financial commitment by Member States to eye health;
- **objective 2** encourages the development and implementation of integrated national eye health policies, plans and programmes to enhance universal eye health with activities in line with WHO's framework for action for strengthening health systems to improve health outcomes;[5]
- **objective 3** addresses multisectoral engagement and effective partnerships to strengthen eye health.

Each of the three objectives has a set of metrics to chart progress.

9. There are **three indicators** at the goal and purpose levels to measure progress at the national level, although many Member States will wish to collect more. The three indicators comprise: (i) the prevalence and causes of visual impairment; (ii) the number of eye care personnel; and (iii) cataract

4 The term "visual impairment" includes moderate and severe visual impairment as well as blindness. "Blindness" is defined as a presenting visual acuity of worse than 3/60 or a corresponding visual field loss to less than 10° in the better eye. "Severe visual impairment" is defined as a presenting visual acuity of worse than 6/60 and equal to or better than 3/60. "Moderate visual impairment" is defined as a presenting visual acuity in the range from worse than 6/18 to 6/60 (*Definition of visual impairment and blindness*. Geneva: World Health Organization; 2012). The action plan uses the term "visual impairment". Also, see the ICD update and revision platform "Change the definition of blindness".

5 *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* World Health Organization. Geneva, 2007.

surgery. Further details are provided in Appendix 4.

- **Prevalence and causes of visual impairment.** It is important to understand the magnitude and causes of visual impairment and trends over time. This information is crucial for resource allocation, planning, and developing synergies with other programmes.
- **Number of eye care personnel, broken down by cadre.** This parameter is important in determining the availability of the eye health workforce. Gaps can be identified and human resource plans adjusted accordingly.
- **Cataract surgical service delivery.** Cataract surgical rate (number of cataract surgeries performed per year, per million population) and cataract surgical coverage (number of individuals with bilateral cataract causing visual impairment, who have received cataract surgery on one or both eyes). Knowledge of the surgery rate is important for monitoring surgical services for one of the leading causes of blindness globally, and the rate also provides a valuable proxy indicator for eye care service provision. Where Member States have data on the prevalence and causes of visual impairment, coverage for cataract surgery can be calculated; it is an important measure that provides information on the degree to which cataract surgical services are meeting needs.

10. For the first of these indicators there is a **global target**. It will provide an overall measure of the impact of the action plan. As a global target, the **reduction in prevalence of avoidable visual impairment by 25% by 2019** from the baseline of 2010 has been selected for this action plan.[6] In meeting this target, the expectation is that greatest gains will come through the reduction in the prevalence of avoidable visual impairment in that portion of the population representing those who are over the age of 50 years. As described above, cataract and uncorrected refractive errors are the two principal causes of avoidable visual impairment, representing 75% of all visual impairment, and are more frequent among older age groups. By 2019, it is estimated that 84% of all visual impairment will be among those aged 50 years or more. Expanding comprehensive integrated eye care services that respond to the major causes of visual impairment, alongside the health improvement that can be expected to come from implementing wider development initiatives including strategies such as the draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020, and global efforts to eliminate trachoma suggest the target, albeit ambitious, is achievable. In addition, wider health gains coming from the expected increase in the gross domestic product in low-income and middle-income countries will have the effect of reducing visual impairment.[7]

6 The global prevalence of avoidable visual impairment in 2010 was 3.18%. A 25% reduction means that the prevalence by 2019 would be 2.37%.

7 According to the International Monetary Fund, by 2019 the average gross domestic product per capita based on purchasing power parity will grow by 24% in low-income and lower-middle-income countries, by 22% in upper-middle-income countries, and by 14% in high-income countries.

APPENDIX 1

Vision, goal and purpose

Vision			
A world in which nobody is needlessly visually impaired, where those with unavoidable vision loss can achieve their full potential, and where there is universal access to comprehensive eye care services			
Goal	**Measurable indicators[1]**	**Means of verification**	**Important assumptions**
To reduce avoidable visual impairment as a global public health problem and secure access to rehabilitation services for the visually impaired[2]	Prevalence and causes of visual impairment *Global target: reduction in prevalence of avoidable visual impairment by 25% by 2019 from the baseline of 2010*	Collection of epidemiological data at national and subnational levels and development of regional and global estimates	Human rights conventions implemented, equity across all policies achieved, and people with visual impairment fully empowered Sustained investment achieved by the end of the action plan
Purpose			
To improve access to comprehensive eye care services that are integrated into health systems	Number of eye care personnel per million population Cataract surgical rate	Reports summarizing national data provided by Member States	Services accessed fully and equitably by all populations

1 See also Appendix 4.

2 The objective of the Secretariat's programme for the prevention of blindness was "to prevent and control major avoidable causes of blindness and to make essential eye care available to all … the long-term target being to reduce national blindness rates to less than 0.5%, with no more than 1% in individual communities", Formulation and management of national programmes for the prevention of blindness. Geneva: World Health Organization; 1990 (document WHO/PBL/90.18).

APPENDIX 2

Cross-cutting principles and approaches

Universal access and equity	Human rights	Evidence-based practice	Life course approach	Empowerment of people with blindness and visual impairment
All people should have equitable access to health care and opportunities to achieve or recover the highest attainable standard of health, regardless of age, gender or social position	Strategies and interventions for treatment, prevention and promotion must be compliant with international human rights conventions and agreements	Strategies and interventions for treatment, prevention and promotion need to be based on scientific evidence and good practice	Eye health and related policies, plans and programmes need to take account of health and social needs at all stages of the life course	People who are blind or who have low vision can participate fully in the social, economic, political and cultural aspects of life

APPENDIX 3

Objectives and actions

Objective 1	Measurable indicators	Means of verification	Important assumptions
Evidence generated and used to advocate increased political and financial commitment of Member States for eye health	Number of Member States that have undertaken and published prevalence surveys during the past five years by 2019 Number of Member States that have completed and published an eye care service assessment over the last five years in 2019 Observation of World Sight Day reported by Member States	Epidemiological and economic assessment on the prevalence and causes of visual impairment reported to the Secretariat by Member States Eye care service assessment and cost–effectiveness research results used to formulate national and subnational policies and plans for eye health Reports of national, regional and global advocacy and awareness-raising events	Advocacy successful in increasing investment in eye health despite the current global financial environment and competing agendas
Actions for Objective 1	**Proposed inputs from Member States**	**Inputs from the Secretariat**	**Proposed inputs from international partners**
1.1 Undertake population-based surveys on prevalence of visual impairment and its causes	Undertake surveys in collaboration with partners, allocating resources as required Publish and disseminate survey results, and send them to the Secretariat	Provide Member States with tools for surveys and technical advice Provide estimates of prevalence at regional and global levels	Advocate the need for surveys Identify and supply additional resources to complement governments' investments in surveys

Actions for Objective 1	Proposed inputs from Member States	Inputs from the Secretariat	Proposed inputs from international partners
1.2 Assess the capacity of Member States to provide comprehensive eye care services and identify gaps	Assess eye care service delivery, allocating resources as required. Assessments should cover availability, accessibility, affordability, sustainability, quality and equity of services provided, including cost–effectiveness analysis of eye health programmes Collect and compile data at national level, identifying gaps in service provision Publish and disseminate survey results, and report them to the Secretariat	Provide Member States with tools for eye care service assessments and technical advice Publish and disseminate reports that summarize data provided by Member States and international partners	Advocate the need for eye care service assessments Support Member States in collection and dissemination of data Identify and supply additional resources to complement governments' investments in eye care service assessments
1.3 Document, and use for advocacy, examples of best practice in enhancing universal access to eye care	Identify and document successful interventions and lessons learnt Publish results and report them to the Secretariat	Develop tools and provide them to Member States along with technical advice Collate and disseminate reports from Member States	Advocate the need to document best practice Support Member States in documenting best practice and disseminating results Identify additional resources to complement governments' investments

Objective 2	Measurable indicators	Means of verification	Important assumptions
National eye health policies, plans and programmes for enhancing universal eye health developed and/or strengthened and implemented in line with WHO's framework for action for strengthening health systems in order to improve health outcomes	Number of Member States reporting the implementation of policies, plans and programmes for eye health Number of Member States with an eye health/prevention of blindness committee, and/or a national prevention of blindness coordinator, or equivalent mechanism in place Number of Member States that include eye care sections in their national lists of essential medicines, diagnostics and health technologies Number of Member States that report the integration of eye health into national health plans and budgets Number of Member States that report a national plan that includes human resources for eye care Number of Member States reporting evidence of research on the cost–effectiveness of eye health programmes	Reports that summarize data provided by Member States	Policies, plans and programmes have sufficient reach for all populations Services accessed by those in need

Actions for Objective 2	Proposed inputs from Member States	Inputs from the Secretariat	Proposed inputs from international partners
2.1 Provide leadership and governance for developing/updating, implementing and monitoring national/ subnational policies and plans for eye health	Develop/update national/subnational policies, plans and programmes for eye health and prevention of visual impairment, including indicators and targets, engaging key stakeholders Secure inclusion of primary eye care into primary health care Establish new and/or maintain the existing coordinating mechanisms (e.g. national coordinator, eye health/ prevention of blindness committee, other national/subnational mechanisms) to oversee implementation and monitoring/ evaluating the policies, plans and programmes	Provide guidance to Member States on how to develop and implement national and subnational policies, plans and programmes in line with the global action plan Provide Member States with tools and technical advice on primary eye care, and evidence on good leadership and governance practices in developing, implementing, monitoring and evaluating comprehensive and integrated eye care services Establish/maintain global and regional staff with responsibility for eye health/prevention of visual impairment Establish country positions for eye health/prevention of visual impairment where strategically relevant and resources allow	Advocate national/subnational leadership for developing policies, plans and programmes Support national leadership in identifying the financial and technical resources required for implementing the policies/plans and inclusion of primary eye care in primary health care Secure funding for key positions in the Secretariat at headquarters, regional and country levels

Actions for Objective 2	Proposed inputs from Member States	Inputs from the Secretariat	Proposed inputs from international partners
2.2 Secure adequate financial resources to improve eye health and provide comprehensive eye care services integrated into health systems through national policies, plans and programmes	Ensure funding for eye health within a comprehensive integrated health care service Perform cost–benefit analysis of prevention of avoidable visual impairment and rehabilitation services and conduct research on the cost–effectiveness of eye health programmes to optimize the use of available resources	Provide tools and technical support to Member States in identifying cost–effective interventions and secure the financial resources needed	Advocate at national and international levels for adequate funds and their effective use to implement national/subnational policies, plans and programmes Identify sources of funds to complement national investment in eye care services and cost–benefit analyses
2.3 Develop and maintain a sustainable workforce for the provision of comprehensive eye care services as part of the broader human resources for health workforce	Undertake planning of human resources for eye care as part of wider human resources for health planning, and human resources for eye health planning in other relevant sectors Provide training and career development for eye health professionals Ensure retention strategies for eye health staff are in place and being implemented Identify, document and disseminate best practice to the Secretariat and other partners with regard to human resources in eye health	Provide technical assistance as required Collate and publish examples of best practice	Advocate the importance of a sustainable eye health workforce Support training and professional development through national coordination mechanisms Provide support to Member States in collection and dissemination of data

Actions for Objective 2	Proposed inputs from Member States	Inputs from the Secretariat	Proposed inputs from international partners
2.4 Provide comprehensive and equitable eye care services at primary, secondary and tertiary levels, incorporating national trachoma and onchocerciasis elimination activities	Provide and/or coordinate universal access to comprehensive and equitable eye care services, with emphasis on vulnerable groups such as children and the elderly Strengthen referral mechanisms, and rehabilitation services for the visually impaired Establish quality standards and norms for eye care	Provide WHO's existing tools and technical support to Member States	Advocate the importance of comprehensive and equitable eye care services Support local capacity building for provision of eye care services, including rehabilitation services in line with policies, plans and programmes through national coordination mechanisms Monitor, evaluate and report on services provided in line with national policies, plans and programmes through national coordination mechanisms
2.5 Make available and accessible essential medicines, diagnostics and health technologies of assured quality with particular focus on vulnerable groups and underserved communities, and explore mechanisms to increase affordability of new evidence-based technologies	Ensure existence of a national list of essential medical products, national diagnostic and treatment protocols, and relevant equipment Ensure the availability and accessibility of essential medicines, diagnostics and health technologies	Provide technical assistance and tools to support Member States	Advocate the importance of essential medicines, diagnostics and health technologies Provide essential medicines, diagnostics and health technologies in line with national policies

Actions for Objective 2	Proposed inputs from Member States	Inputs from the Secretariat	Proposed inputs from international partners
2.6 Include indicators for the monitoring of provision of eye care services and their quality in national information systems	Adopt a set of national indicators and targets, including those on rehabilitation, within the national information systems Periodically collect, analyse and interpret data Report data to the Secretariat	Provide technical support to Member States by including national indicators and targets in national health systems Collate and disseminate data reported by Member States annually	Advocate the importance of monitoring using nationally agreed indicators Provide financial and technical support for collection and analysis of national and subnational data
Objective 3	**Measurable indicators**	**Means of verification**	**Important assumptions**
Multisectoral engagement and effective partnerships for improved eye health strengthened	Number of Member States that refer to a multisectoral approach in their national eye health/prevention of blindness policies, plans and programmes The WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma by the Year 2020, African Programme for Onchocerciasis Control, and Onchocerciasis Elimination Program for the Americas deliver according to their strategic plans Number of Member States that have eye health incorporated into relevant poverty-reduction strategies, initiatives and wider socioeconomic policies Number of Member States reporting eye health as a part of intersectoral collaboration	Reports from Member States received and collated by the Secretariat Receipt of annual reports and publications from partnerships	Non-health sectors invest in wider socioeconomic development

Actions for Objective 3	Proposed inputs from Member States	Inputs from the Secretariat	Proposed inputs from international partners
3.1 Engage non-health sectors in developing and implementing eye health/prevention of visual impairment policies and plans	Health ministries identify and engage other sectors, such as those under ministries of education, finance, welfare and development Report experiences to the Secretariat	Advise Member States on specific roles of non-health sectors and provide support in identifying and engaging non-health sectors Collate and publish Member States' experiences	Advocate across sectors the added value of multisectoral work Provide financial and technical capacity to multisectoral activities (e.g. water and sanitation) Provide support to Member States in collecting and disseminating experiences
3.2 Enhance effective international and national partnerships and alliances	Promote active engagement in, and where appropriate, establish partnerships and alliances that harmonize and are aligned with national priorities, policies, plans and programmes Identify and promote suitable mechanisms for intercountry collaboration	Where appropriate, participate in and lead partnerships and alliances, including engaging other United Nations entities, that support, harmonize and are aligned with Member States' priorities, policies, plans and programmes Facilitate and support establishment of intercountry collaboration	Promote participation and actively support partnerships, alliances and intercountry collaboration that harmonize and are aligned with Member States' priorities, policies, plans and programmes
3.3 Integrate eye health into poverty-reduction strategies, initiatives and wider socioeconomic policies	Identify and incorporate eye health in relevant poverty-reduction strategies, initiatives and socioeconomic policies Ensure that people with avoidable and unavoidable visual impairment have access to educational opportunities, and that disability inclusion practices are developed, implemented and evaluated	Write and disseminate key messages for policy-makers Advise Member States on ways to include eye health/prevention of visual impairment in poverty-reduction strategies, initiatives and socioeconomic policies	Advocate the integration of eye health into poverty-reduction strategies, initiatives and socioeconomic policies

APPENDIX 4

National indicators for prevention of avoidable blindness and visual impairment

1. Prevalence and causes of visual impairment

Purpose/rationale	To measure the magnitude of visual impairment including blindness and monitor progress in eliminating avoidable blindness and in controlling avoidable visual impairment
Definition	Prevalence of visual impairment, including blindness, and its causes, preferably disaggregated by age and gender
Preferred methods of data collection	Methodologically sound and representative surveys of prevalence provide the most reliable method. Additionally, the Rapid Assessment of Avoidable Blindness and the Rapid Assessment of Cataract Surgical Services are two standard methodologies for obtaining results for people in the age group with the highest prevalence of visual impairment, that is, those over 50 years of age
Unit of measurement	Prevalence of visual impairment determined from population surveys
Frequency of data collection	At national level at least every five years
Source of data	Health ministry or national prevention of blindness/eye health coordinator/committee
Dissemination of data	The Secretariat periodically updates the global estimates on the prevalence and causes of visual impairment

2. Number of eye care personnel by cadre

2.1 Ophthalmologists

Purpose/rationale	To assess availability of the eye health workforce in order to formulate a capacity-development response for strengthening national health systems. Ophthalmologists are the primary cadre that deliver medical and surgical eye care interventions
Definition	Number of medical doctors certified as ophthalmologists by national institutions based on government-approved certification criteria. Ophthalmologists are medical doctors who have been trained in ophthalmic medicine and/or surgery and who evaluate and treat diseases of the eye
Preferred methods of data collection	Registers of national professional and regulatory bodies

Unit of measurement	Number of ophthalmologists per one million population
Frequency of data collection	Annually
Limitations	The number does not reflect the proportion of ophthalmologists who are not surgically active; clinical output (e.g. subspecialists); performance; and quality of interventions. Unless disaggregated, the data do not reflect geographical distribution
Source of information	Health ministry or national prevention of blindness/eye health coordinator/committee
Dissemination of data	The Secretariat annually issues a global update based on the national data provided by Member States

2.2 Optometrists

Purpose/rationale	To assess availability of the eye health workforce in order to formulate a capacity-development response for strengthening national health systems. In an increasing number of countries, optometrists are often the first point of contact for persons with eye diseases
Definition	Number of optometrists certified by national institutions based on government-approved certification criteria
Preferred methods of data collection	Registers of national professional and regulatory bodies
Unit of measurement	Number of optometrists per one million population
Frequency of data collection	Annually
Limitations	The number does not denote performance, especially the quality of interventions to reduce avoidable blindness. There is a wide variability in knowledge and skill of optometrists from one nation to another because curricula are not standardized Numbers do not reflect the proportion of ophthalmic clinical officers, refractionists and other such groups who in some countries perform the role of optometrists where this cadre is short staffed or does not exist
Source of information	Health ministry or national prevention of blindness/eye health coordinator/committee
Dissemination of data	The Secretariat annually issues a global update based on the national data provided by Member States

2.3 Allied ophthalmic personnel

Purpose/rationale	To assess availability of the eye health workforce in order to formulate a capacity-development response for strengthening national health systems. Allied ophthalmic personnel may be characterized by different educational requirements, legislation and practice regulations, skills and scope of practice between countries and even within a given country. Typically, allied ophthalmic personnel comprise opticians, ophthalmic nurses, orthoptists, ophthalmic and optometric assistants, ophthalmic and optometric technicians, vision therapists, ocularists, ophthalmic photographer/ imagers, and ophthalmic administrators
Definition	Numbers of allied ophthalmic personnel comprising professional categories, which need to be specified by a reporting Member State
Preferred methods of data collection	Compilation of national data from subnational (district) data from government, nongovernmental and private eye care service providers
Unit of measurement	Number of allied ophthalmic personnel per one million population
Frequency of data collection	Annually
Limitations	The numbers do not denote performance, especially the quality of interventions to reduce avoidable blindness. There is a wide variability in knowledge and skill. These data are useful for monitoring of progress in countries over time but they cannot be reliably used for intercountry comparison because of variation in nomenclature
Source of information	Health ministry or national prevention of blindness/eye health coordinator/committee
Dissemination of data	The Secretariat annually issues a global update based on the national data provided by Member States

3. Cataract surgical service delivery

3.1 Cataract surgical rate

Purpose/rationale	The rate can be used to set national targets for cataract surgical service delivery. It is also often used as a proxy indicator for general eye care service delivery. Globally, cataract remains the leading cause of blindness. Visual impairment and blindness from cataracts are avoidable because an effective means of treatment (cataract extraction with implantation of an intraocular lens) is both safe and efficacious to restore sight. The cataract surgical rate is a quantifiable measure of cataract surgical service delivery
Definition	The number of cataract operations performed per year per one million population
Preferred methods of data collection	Government health information records, surveys

Unit of measurement	Number of cataract operations performed per one million population
Frequency of data collection	Annually at national level. In larger countries it is desirable to collate data at subnational level
Limitations	This indicator is meaningful only when it includes all cataract surgeries performed in a country, that is, those performed within the government and nongovernmental sectors
Comments	For calculations, use official sources of population data (United Nations)
Source of information	Health ministry or national prevention of blindness/eye health coordinator/committee
Dissemination of data	The Secretariat annually issues a global update based on the national data provided by Member States

3.2 Cataract surgical coverage

Purpose/rationale	To assess the degree to which cataract surgical services are meeting the need
Definition	Proportion of people with bilateral cataract eligible for cataract surgery who have received cataract surgery in one or both eyes (at 3/60 and 6/18 level)
Preferred methods of data collection	Calculation using data from methodologically sound and representative prevalence surveys. Additionally, calculation using data from the Rapid Assessment of Avoidable Blindness and the Rapid Assessment of Cataract Surgical Services, which are two standard methodologies to obtain results for people in the age group with the highest prevalence of blindness and visual impairment due to cataract, that is, those over 50 years of age
Unit of measurement	Proportion
Frequency of data collection	Determined by the frequency of performing a national/district study on the prevalence of blindness and visual impairment and their causes
Limitations	Requires population-based studies, which may be of limited generalization
Comments	Preferably data are disaggregated by gender, age, and urban/rural location or district
Source of information	Health ministry or national prevention of blindness/eye health coordinator/committee
Dissemination of data	The Secretariat periodically issues updates

€ 6,40