

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria - Deliberazione n. 474 del 25 marzo 2010 – Legge 284/97. Istituzione Centri per la riabilitazione e l'educazione visiva a favore di cittadini campani ciechi pluriminorati. Indirizzi programmatici.

Premesso che

- 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” all'art. 2 comma 1) prevede che le Regioni provvedano alla realizzazione di nuovi Centri, dove non esistano, o al potenziamento di centri specializzati già esistenti;
- i Centri di riabilitazione visiva sono servizi specialistici di riferimento, strutturati secondo i criteri indicati nell'Accordo Stato-Regioni del 20 maggio 2004, a cui inviare i pazienti per una più completa ed approfondita valutazione diagnostico-funzionale e per l'impostazione del progetto riabilitativo globale (rieducazione visiva e potenziamento delle autonomie di vita) dei soggetti in età adulta e senile con ipovisione secondo i criteri della Legge 138/2001, e dei soggetti in età evolutiva con ipovisione, alterazioni dell'organizzazione neurovisiva e multidisabilità;
- l'obiettivo essenziale del progetto riabilitativo deve essere quello di ottimizzare le capacità visive residue, mantenere il massimo di autonomie possibili, promuovere lo sviluppo delle competenze emergenti, garantire le attività proprie dell'età (di studio e lavorative) e una qualità della vita soddisfacente;
- la Regione Campania, al fine 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, intende istituire Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva pubblici dislocati in aree territoriali privi di tale servizio creando contestualmente una rete regionale di riferimento.

Considerato che

- risulta necessario promuovere l'attivazione di un sistema di offerta pubblico che garantisca l'appropriatezza delle prestazioni e il diritto alla salute ed all'inclusione sociale dei ciechi pluriminorati;
- dal monitoraggio effettuato dal Settore Fasce Deboli con nota del 05/11/2008 prot. n. 2008.0920842 inviata a tutte le Aziende Sanitarie Locali risultano prive di riferimenti specialistici pubblici in materia;
- la Regione Campania ha realizzato, con risultati positivi, un programma di rilevanza regionale in materia con la Seconda Università di Napoli “Dipartimento di Oftalmologia”;
- l'Azienda Ospedaliera S. Sebastiano di Caserta, con nota acquisita agli atti in data 21/12/2009 prot. n. 2009.1103788, l'Azienda Ospedaliera “G. Rummo” di Benevento, con nota acquisita agli atti in data 11/11/2009 prot. n. 2009.0976245, e la Azienda Sanitaria Locale Avellino (già ex ASL AV 2), con nota acquisita agli atti in data 19/11/2009 prot. n. 2009.1001034, hanno presentato proposte progettuali tese all'istituzione di Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva ;
- la Regione Campania ha ricevuto finanziamenti dallo Stato, vincolati per il raggiungimento delle finalità disciplinate dalla L. 284/97 art. 2 comma 1), per un importo complessivo di € 1.478.002,08 , che costituisce economia di spesa da reiscrivere sulla U.P.B. 4.15.38 al cap. 7010 – esercizio finanziario 2010;
- il Ministero della Salute ha attivato un sistema di monitoraggio teso alla rilevazione dello stato di attuazione dei finanziamenti erogati alle Regioni invitandoLe nel contempo ad accelerare le procedure di avvio delle attività previste dalla Legge;
- risulta opportuno istituire Centri di riabilitazione visiva pubblici che possano garantire i criteri stabiliti dall'Accordo Stato-Regioni ed una riconosciuta professionalità specialistica e, nel contempo, strutturare una rete di assistenza regionale che garantisca l'appropriatezza delle prestazioni ed il relativo contenimento della spesa;

- risulta opportuno istituire un gruppo di verifica e monitoraggio, composto da personale dell'Assessorato alla Sanità e da esperti di riconosciuta esperienza e professionalità in materia;
- risulta necessario dare stabilità e continuità operativa a tali strutture affinché possano operare per almeno un triennio attraverso l'utilizzazione del finanziamento statale per la copertura relativa all'avvio delle attività pianificando, successivamente, la messa a regime dei servizi attivati con risorse proprie e nel rispetto dei vincoli normativi, nazionali e regionali, connessi al contenimento della spesa in materia di personale.

Visto

- 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" all'art. 2 comma 1) prevede che le Regioni provvedano alla realizzazione di nuovi Centri, dove non esistano, o al potenziamento di centri specializzati già esistenti;
- la legge 3 aprile 2001 n. 138: "Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici", 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;
- il Decreto 18 dicembre 1997 del Ministero della Sanità dove vengono indicati i requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'art. 2 comma 1) della L. 284/97;
- il Decreto 10 novembre 1999 del Ministero della Sanità nel quale si arrecavano modifiche all'art. 1 del D.M. 18 dicembre 1997 relativamente alle figure professionali di base dei Centri suindicati;
- l'Accordo 20 maggio 2004 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano che ha definito le "Attività dei Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva e i criteri di ripartizione delle risorse, di cui alla L. 284/97";
- Legge 23 dicembre 2009 n. 191: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale pluriennale dello Stato" (Legge finanziaria 2010).

Ritenuto

- opportuno individuare, per la riconosciuta esperienza scientifica e per la pregressa collaborazione positiva in materia con la Regione Campania, la Seconda Università di Napoli "Dipartimento di Oftalmologia" la funzione di centro pilota regionale per tutte le attività inerenti la consulenza, l'orientamento, l'accompagnamento, la formazione e la sensibilizzazione delle procedure scientifiche attinenti l'appropriatezza degli interventi di riabilitazione e di educazione visiva a favore di cittadini ciechi pluriminorati assegnando la somma di € 400.000,00 al progetto acquisito agli atti in data 05/11/2009 prot. n. 2009.0955091;
- necessario istituire un apposito gruppo di lavoro, presso l'Assessorato alla Sanità, costituito da personale regionale degli uffici preposti e da esperti di riconosciuta esperienza e professionalità in materia per la valutazione, il monitoraggio e la verifica delle attività ammesse a finanziamento.

Rilevato che

- l'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" di Benevento ha richiesto l'istituzione di un centro indicando un costo annuo di € 72.260,00 per un importo complessivo triennale di € 216.780,00 ;
- L'Azienda Ospedaliera "S. Sebastiano" di Caserta ha richiesto l'istituzione di un centro indicando un costo annuo di € 81.750,00 per un importo complessivo triennale di € 245.250,00;
- La ex Azienda Sanitaria Locale AV 2 ha richiesto l'istituzione di un centro indicando un costo annuo di € 52.723,50 per un importo complessivo triennale di € 158.170,50 ;
- La spesa complessiva per il triennio ammonta ad € 1.020.200,50.

L'Assessore alla Sanità PROPONE e la Giunta in conformità a VOTO UNANIME

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa e che qui si intendono integralmente riportati, di:

- approvare i suindicati indirizzi programmatici per la realizzazione delle attività in favore di cittadini campani ciechi pluriminorati, così come indicato nella L. 284/97 e nell'Accordo Stato-Regioni del 20 maggio 2004, per un periodo di 3 anni;
- approvare i progetti allegati con il relativo riparto del fondo statale disponibile così come di seguito indicato:

ENTE	IMPORTO
A.O. "S. Sebastiano" di Caserta	€ 245.250,00
A.O. "G. Rummo" di Benevento	€ 216.780,00
ASL Avellino	€ 158.170,50
Seconda Università di Napoli "Dipartimento di Oftalmologia"	€ 400.000,00
TOTALE	€ 1.020.200,50

- istituire un gruppo di lavoro per la valutazione, il monitoraggio e la verifica delle attività ammesse a finanziamento;

• finanziare la spesa complessiva di € 1.020.200,50, fondi che saranno allocati sul capitolo di competenza 7010 dell'U.P.B 4.15.38 a seguito della reiscrizione delle economie e dei fondi vincolati trasportati, qualora disponibili, nel bilancio dell'esercizio finanziario 2010 ;

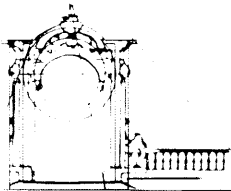
• stabilire che l'acquisizione di risorse umane per la realizzazione delle attività dei progetti ammessi a finanziamento avvenga nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia, nazionali e regionali, nonché dei provvedimenti adottati dal Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro;

• dare mandato al Dirigente del Settore Fasce Deboli di procedere a tutti gli adempimenti conseguenti;

• di trasmettere il presente atto per la notifica ai Direttori Generali delle AA.OO. "S. Sebastiano" di Caserta e "G. Rummo" di Benevento, al Commissario Straordinario della ASL Avellino ed al Direttore del Dipartimento di Oftalmologia della Seconda Università di Napoli, ai Coordinatori AA.GG.CC. Assistenza Sanitaria e Programmazione Sanitaria nonché al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul B.U.R.C..

Il Segretario
Cancellieri

Il Presidente
Valiante



Azienda Ospedaliera Universitaria

Settore Fasce Deboli
A.G.C. 20 "Assistenza Sanitaria"
Centro Direzionale Is. C3
80143 NAPOLI

Posizione Ufficio di Direzione Generale

Azienda Ospedaliera Universitaria

Università degli Studi di Napoli

U 150908/001

Prot.: 0015889/2009

del 27.10.2009 10.59



U 15889 2009

OGGETTO: Potenziamento Centro di riferimento per la Prevenzione e riabilitazione dell'ipovisione e della cecità

A riscontro della nota prot. n. 0891111 del 16-10-09, avente ad oggetto «*Legge 28/08/1997 n. 284. Utilizzazione fondo statale per istituzione centri per la riabilitazione e l'educazione visiva. Comunicazione*», si trasmette il *Progetto per la continuità ed il potenziamento del Centro di riferimento per la «Prevenzione e riabilitazione dell'ipovisione e della cecità»*, a cura delle strutture di Oculistica afferenti al D.A.I. Medico-chirurgico polispecialistico dell'A.O.U. della S.U.N.

La documentazione inoltrata è così composta:

- nota prot. n. 838/09 del 26-10-09, recante parere favorevole del Direttore del D.A.I. Medico-chirurgico polispecialistico, prof. Antonio Bellastella;
- dettagliata descrizione delle attività espletate presso il Centro, con tabelle illustrative dei casi e degli accessi per tipo di patologia, fascia di età e provenienza geografica;
- accurata relazione sulle finalità del progetto di potenziamento in argomento, con indicazione dei costi previsti.

Confidando in un favorevole accoglimento, si inviano nella gradita occasione i più distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
Dottor Alfredo STANI

ag



Giunta Regionale della Campania
Area Generale di Coordinamento
Assistenza Sanitaria

Il Coordinatore

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2009.0891111 del 16/10/2009 ore 13,15
Dest. AL DIRETTORE GENERALE A.O. SECONDA UNIVERSITA'
DI NAPOLI DIPARTIMENTO DI OFTALMOLOGIA
Fascicolo: 2009.XXXV/1/1



Al Direttore Generale
A.O. "Seconda Università di Napoli"
"Dipartimento di Oftalmologia"
Sede

Oggetto: legge 28/08/1997 n. 284. Utilizzazione fondo statale per istituzione centri per la riabilitazione e educazione visiva. Comunicazione.

Facendo seguito alla precedente collaborazione intercorsa relativa al progetto di ampliamento e potenziamento del centro per la "prevenzione e la riabilitazione dell'ipovisione e della cecità", nel rispetto dei requisiti stabiliti nell'Accordo Stato-Regioni del 20 maggio 2004, si chiede alla S.V. di voler trasmettere allo scrivente, entro 15 giorni dal ricevimento della presente, progetto in continuità con le annualità precedenti di istituzione di un centro di riabilitazione ed educazione visiva con annessa tabella costi. Tale struttura dovrà svolgere compiti di diagnosi, intervento riabilitativo, verifica e monitoraggio dei centri territoriali dedicati, utili alla organizzazione di una adeguata rete di riferimento per i cittadini ciechi pluriminorati e le loro famiglie, per una somma complessiva assegnata allo stesso di € 400.000,00. L'attività dovrà essere relativa ad un triennio: finalizzata all'implementazione della stessa con l'impegno da parte dell'Azienda di prevedere l'infrastrutturazione successiva anche con risorse proprie di bilancio. Ciò al fine di poter perfezionare tutti i relativi atti di assegnazione ed accredito della somma assegnata.

Si invita, inoltre, a voler trasmettere la suindicata documentazione, debitamente firmata e protocollata, sia a mezzo cartaceo indirizzata al Settore Fasce Deboli - A.G.C. 20 "Assistenza Sanitaria" - Centro Direzionale Is. C3 Napoli che a mezzo informatico al seguente indirizzo: b.zanfardino@maildip.regione.campania.it.

Per ulteriori chiarimenti contattare: dott. Biagio Zanfardino tel.: 0817969381

dott. Mario Vasco

Il Dirigente Settore Fasce Deboli
Dott.ssa Rosanna Romano

P.O.:

Napoli, 26.10.2009

Prot. n. 538/2009

Al Direttore Generale AOU-SUN

Al Direttore Sanitario AOU-SUN

e p.c.

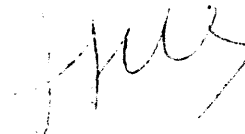
Al Preside della Facoltà
di Medicina e Chirurgia

L O R O S E D I

Oggetto: Comunicazione della Giunta Regionale riguardante "Legge 24/08/1997 n. 284
utilizzo fondo statale per istituzione centri per la riabilitazione e l'educazione
visiva. Comunicazione".

In relazione alla comunicazione della Regione Campania Prot. 2009.0891111 avendo come oggetto la proposta relativa al progetto di ampliamento e potenziamento del Centro per la prevenzione e la riabilitazione dell'ipovisione e della cecità con adeguato finanziamento assegnato per una somma complessiva di 400.000 euro, il sottoscritto in qualità di Direttore del DAI Medico-Chirurgico Polispecialistico cui afferiscono le Strutture di Oculistica, nelle more della ratifica da parte del Consiglio Direttivo del DAI, tenendo conto anche dell'urgenza della scadenza fissata dalla Regione al 31/10/2009, esprime parere favorevole, avendo preso visione della proficua e qualificata attività ad alto impatto sociale svolta su una vasta casistica di ipovedenti dalla data di attivazione del Centro a tutt'oggi e di cui si allega idonea documentazione con annesso progetto come richiesto dalla Regione (All. n. 1).

IL DIRETTORE DEL DAI
Prof. Antonio Bellastella



All. n. 1

PROGETTO PER LA CONTINUITA' ED IL POTENZIAMENTO DEL CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA "PREVENZIONE E LA RIABILITAZIONE DELL' IPOVISIONE E DELLA CECITA'" DEL DIPARTIMENTO DI OFTALMOLOGIA DELLA SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI

Dipartimento di Oftalmologia

DAI Medico-Chirurgico Polispécialistico

Direttore: Prof. Bellastella

Seconda Università degli Studi di Napoli

RELAZIONE DESCRITTIVA DELL'ATTIVITA' DEL CENTRO

In relazione alla Convenzione tra Regione Campania e Seconda Università degli Studi di Napoli stipulata ai sensi dell'art. 66 del D.P.R. 382/80 in data 17/01/2006, con finanziamento del Ministero della Salute ai sensi dell'art. 2, comma 1 della Legge 28/08/97 n. 284, il Dipartimento di Oftalmologia, ha istituito presso la sua sede, il Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Riabilitazione dell'Ipovisione e della Cecità.

Obiettivi del Centro

Gli obiettivi principali consistono nella diagnosi precoce e nel trattamento riabilitativo di malattie oculari congenite causa di ipovisione /cecità per le quali a tutt'oggi non esiste, nonostante i progressi della ricerca, alcun tipo di terapia efficace.

Le principali affezioni causa di ipovisione nell'infanzia sono la Retinite pigmentosa, l'Amaurosi congenita di Leber, la Degenerazione maculare di Stargardt, la Retinoschisi x-linked, la Malattia di Best, la Coroideremia.

Nell'età adulta, a differenza delle malattie in età infantile, prevalgono cause di ipovisione, specificamente di natura degenerativa quali degenerazioni maculari, glaucoma cronico, retinopatia diabetica, miopia elevata, otticopatie. Le malattie della retina e del nervo ottico colpiscono soprattutto soggetti fra i 20 e i 60 anni, mentre la cataratta, la degenerazione maculare senile ed il glaucoma sono i fattori eziologici principali di ipovisione dopo i 60 anni.

Casistica dei pazienti del Centro

La casistica di pazienti seguiti presso il nostro Centro è, dal 2007 a tutt'oggi, costituita da più di 1000 pazienti ed in quasi tre anni di attività, sono state erogate circa 1888 prestazioni di cui 1153 per inquadramento diagnostico della malattia e 735 per riabilitazione visiva, orientamento e mobilità, counselling e valutazione e programmazione educativa, addestramento all'uso di ausili tecnici e riabilitazione neuropsicosensoriale (Vedi Tabelle I-III, 2007-2009).

La più importante distinzione operativa in termini riabilitativi concerne la differenza esistente tra soggetti in età evolutiva e soggetti in età adulta, sia in relazione agli obiettivi di intervento, sia in rapporto alle modalità di attuazione dei trattamenti e infine in relazione alle attrezzature impiegate.

Da quanto premesso, da un punto di vista operativo, emerge la necessità di suddividere ulteriormente le due principali fasce d'età (evolutiva e adulta) in relazione ai differenti bisogni:

Età evolutiva:

a) Nell'infanzia (0 – 12 anni) i pazienti presentano bisogni riabilitativi molto differenti rispetto all'adulto perché l'ipovisione, oltre a determinare una disabilità settoriale, interferisce con numerose aree dello sviluppo e dell'apprendimento. Un altro elemento di specificità dell'ipovisione infantile consiste nel fatto che, un danno visivo congenito o precoce può impedire l'organizzazione dei circuiti cerebrali preposti alla visione.

Questa evenienza dà luogo a quadri clinici estremamente complessi sia sul piano diagnostico che riabilitativo, considerata anche la difficoltà (o impossibilità) di collaborazione dei pazienti alle indagini clinico-strumentali ed ai trattamenti.

b) Nell'adolescenza (12 – 18 anni) la riabilitazione visiva è finalizzata principalmente allo studio ed alla vita di relazione; i pazienti, infatti, non sempre sono in grado di esprimere le proprie necessità. Un colloquio con i familiari e con gli insegnanti può aiutare il servizio di riabilitazione ad individuare meglio i bisogni.

Età adulta:

a) Nell'età lavorativa (19 – 65 anni), i pazienti sono normalmente in grado di esprimere le proprie necessità. Un colloquio ben condotto è il mezzo migliore di cui deve disporre il servizio di riabilitazione per stabilire le priorità tra i bisogni che il paziente riferisce. La riabilitazione visiva in questa fascia di età non ha solo lo scopo di garantire l'autonomia del soggetto ma, anche quando possibile, di restituirlo al mondo del lavoro come individuo in grado di svolgere la propria attività.

b) Nell'età presenile e senile (> 65 anni) la riabilitazione visiva è finalizzata principalmente al tempo libero; i pazienti, talora con il contributo dei familiari, sono normalmente in grado di esprimere le proprie necessità. Un colloquio ben condotto è il mezzo migliore che il servizio di riabilitazione ha per stabilire le priorità tra le esigenze che il paziente riferisce.

Personale del Centro

Il Centro attualmente si avvale di una equipe composta da 2 Oftalmologi, 1 Ortottista, 1 Counsellor-educatore, 1 Operatore di mobilità, 1 Neuropsichiatra infantile.

La diagnosi, la valutazione, la programmazione e la conseguente riabilitazione dei pazienti deve necessariamente essere individuale e individualizzata con l'impostazione di un dialogo medico-paziente che tenga conto oltre che della situazione visiva, delle caratteristiche psicologiche e

dell'atteggiamento della persona, in modo da creare le premesse più idonee per il training programmato.

È perciò necessario che l'intero percorso riabilitativo venga svolto attraverso il lavoro coordinato di varie figure professionali, quali:

- L'oftalmologo che effettua l'inquadramento diagnostico funzionale che prevede la quantificazione della disabilità visiva, la prognosi sulle possibilità di recupero, la prescrizione del trattamento riabilitativo, degli ausili ottici ed il monitoraggio clinico.
- Il counsellor – educatore, che si occupa di sostenere il paziente nella ricerca e nell'attivazione delle proprie risorse, necessarie alla gestione della patologia o di quella di un membro della famiglia. Si occupa, inoltre, della valutazione e programmazione educativo/riabilitativa.
- Il tecnico di orientamento e mobilità ed autonomia personale per disabili visivi progetta e conduce training individuali di mobilità e di attività di vita quotidiana, fornendo strategie e tecniche specifiche per la minorazione visiva anche con handicap aggiuntivi.
- L'ortottista assistente di oftalmologia che gestisce l'agenda degli appuntamenti, esegue trattamenti di riabilitazione visiva ed effettua il follow-up dei pazienti trattati.

Attrezzature del Centro

Il Centro di Riferimento per la Riabilitazione e cura dell'Ipovisione si avvale delle più moderne apparecchiature per la diagnosi e la riabilitazione. Il Centro dispone di tutte le apparecchiature diagnostiche più sofisticate per consentire una diagnosi clinica precoce delle principali malattie oculari congenite e degenerative del tipo Retinografo, Elettroretinografo Standard (EREV 2000), Perimetro manuale Goldmann, perimetro computerizzato, Tomografo a Coerenza Ottica, ecc. Di recente acquisizione sono stati due strumenti, l'elettroretinografo multifocale (Veris), il Microperimetro (MP1- Nidek), che consentono un dettagliato studio della funzione dei fotorecettori retinici maculari da cui dipende prevalentemente la visione centrale. Il Centro possiede inoltre strumenti all'avanguardia per la riabilitazione visiva quali ausili ottico-elettronici per ipovisione, tra cui videoingranditori da tavolo e portatili, programmi di sintesi vocale ed ingrandenti per computer, ecc. Altra apparecchiatura che si è dimostrata indispensabile per la riabilitazione visiva delle malattie maculari, infantili e senili, è stato il Microperimetro Nidek che, come già detto, consente di individuare l'area residua di retina funzionante del paziente ipovedente e di insegnare allo stesso ad utilizzarla attraverso degli esercizi settimanali guidati da un programma di bio-feedback incluso nello strumento.

FINALITÀ DEL PROGETTO DI POTENZIAMENTO E DI CONTINUITÀ DELL'ATTIVITÀ DEL CENTRO

Scopo del progetto è garantire la continuità dell'attività del Centro esistente ed implementare le prestazioni fornite per garantire l'accesso ad un più ampio numero di pazienti affetti da disabilità visiva.

Si intende realizzare ciò garantendo la continuità delle prestazioni di figure professionali, che già operano con esperienza e competenza in questo Centro, fornendo al centro strumentazioni all'avanguardia per la riabilitazione e creando una rete di collegamento con altri centri del territorio per evitare inutili e difficili spostamenti al paziente disabile.

A tal fine, le competenze dell'equipe del Centro verranno condivise con i professionisti dei centri riabilitativi, individuati dalla Regione Campania e distribuiti sul territorio, al fine di creare una proficua rete di lavoro ed un livello di collaborazione strutturato.

Il Centro per la Prevenzione e Riabilitazione dell'Ipovisione, in quanto polo di riferimento regionale, definisce un iter procedurale di supervisione che prevede:

- realizzazione di una scheda clinico-riabilitativa del paziente, condivisa dai centri satelliti, che verrà messa in rete;
- valutazione diagnostica iniziale del paziente;
- definizione delle indicazioni terapeutiche e riabilitative;
- monitoraggio trimestrale del programma riabilitativo (obiettivi a breve termine);
- verifica annuale degli obiettivi raggiunti.

Considerando che il Centro di ipovisione e riabilitazione visiva è l'unico polo di riferimento regionale in Campania, si ritiene che il potenziamento di questa struttura possa rispondere alle necessità dei pazienti ipovedenti e rappresentare un servizio di eccellenza della Regione Campania e della Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università di Napoli.

Tempi di realizzazione

3 anni

Budget

Voci di costo

- 1) Personale a contratto

Numero delle risorse umane: 8

Oftalmologo

- **ruolo nel progetto:** diagnosi clinica e monitoraggio clinico
- **percentuale individuale di tempo impiegato:** 70%

- **relativo costo stimato:** 1200 euro/mensili

Oftalmologo

- **ruolo nel progetto:** diagnosi clinica e prescrizione del trattamento riabilitativo
- **percentuale individuale di tempo impiegato:** 70%
- **relativo costo stimato:** 1200 euro/mensili

Neuropsichiatria infantile

- **ruolo nel progetto:** valutazione psico-strutturale del paziente ipovedente
- **percentuale individuale di tempo impiegato:** 30%
- **relativo costo stimato:** 700 euro/mensili

Operatore di mobilità

- **ruolo nel progetto:** attuazione dei trattamenti tiflogici, di riabilitazione visiva, di attività di orientamento e mobilità.
- **percentuale individuale di tempo impiegato:** 70%
- **relativo costo stimato:** 950 euro/mensili

Counsellor/ valutazione e programmazione educativa

- **ruolo nel progetto:** pianificazione, organizzazione, supervisione dell'attività di consulenza educativa e coordinamento con i servizi di riferimento del territorio. Svolge colloqui con le persone seguite e con i loro operatori di riferimento.
- **percentuale individuale di tempo impiegato:** 70%
- **relativo costo stimato:** 950 euro/mensili

Ortottista Assistente in Oftalmologia

- **ruolo nel progetto:** effettuazione dei trattamenti di riabilitazione visiva.
- **percentuale individuale di tempo impiegato:** 70%
- **relativo costo stimato:** 950 euro/mensili

Informatico

- **ruolo nel progetto:** realizzazione di una scheda clinica informatizzata e gestione della rete informatica tra i centri.
- **percentuale individuale di tempo impiegato:** 70%
- **relativo costo stimato:** 900 euro/mensili

Segretario

- **ruolo nel progetto:** gestione appuntamenti e contatti con i pazienti e con gli operatori dei centri.
- **percentuale individuale di tempo impiegato:** 100%
- **relativo costo stimato:** 800 euro/mensili
-

2) MISSIONI

partecipazione a Corsi di Aggiornamento. *1000 euro/1 persona / 3 anni.*

3) ATTREZZATURE

- Retinografo-fluorangiografo -RetCam 3 (*110000 Euro*)

Il retinografo-fluorangiografo (Retcam3) è attualmente lo strumento più avanzato nella diagnosi, nella terapia e nel follow-up di molte patologie oftalmologiche in ambito pediatrico. Il principale e più rilevante impiego è quello rivolto alla retinopatia del bambino nato pretermine (ROP= Retinopathy of Prematurity), al retinoblastoma ed alle degenerazioni retiniche ereditarie ad insorgenza precoce. Il sistema di imaging oftalmico RetCam3 consente l'acquisizione rapida di immagini e video digitali dell'occhio, a grande campo ed elevata risoluzione, ed un'avanzata analisi fluorangiografica.

- Tonometro portatile (*3026 Euro*)

Strumento destinato alla diagnostica, allo screening ed al follow-up del glaucoma.

4) MATERIALE DI CONSUMO *costi criterio di stima (40sogg./ mese / 3 anni)*

- Fenilefrina con tropicamide: midriatico per l'esame del fondo oculare. *10 euro /mese /3 anni (324 Euro)*
- Fenilefrina 1%: midriatico per l'esame del fondo (in caso di allergia alla tropicamide). *10 euro mese /3 anni (324 Euro)*
- Ciclopentolato: per analisi della refrazione. *10 euro /mese /3 anni (324 Euro)*
- Ossibupivacaina: anestetico per la tonometria ad applanazione. *5 euro /mese /3 anni (150 euro)*
- Fluoresceina sodica: colorante per la tonometria ad applanazione. *4 euro /mese /3 anni (120 euro)*
- Gel conduttivo ed adesivo per test elettrofisiologici. *27 euro /mese /3 anni (828 euro)*
- Elettrodi cutanei per test elettrofisiologici. *57 euro /mese /3 anni (1716 euro)*

- Cancelleria (carta A4 per stampante, fax, fotocopie, carta fotografica A4, raccoglitori). 20 euro / mese / 3 anni (612 euro)
- Materiale informatico (cartucce per stampante professionale a getto di inchiostro, toner per stampante laser, CD e DVD per bake-up dati. 63 euro / mese / 3 anni (1908 euro)
- Materiale di consumo educativo. 75 euro / mese / 3 anni (2268 euro)

TOTALE VOCI DI COSTO = 400000 Euro

Tabella riassuntiva dei costi previsti

	Primo anno	Secondo anno	Terzo anno	Totale
Personale a contratto	91800	91800	91800	275400
Attrezzature	113026	0	0	113026
Missioni	1000	1000	1000	3000
Materiale di consumo	2858	2858	2858	8574
Totale	208684	95658	95658	400000

Tabella 1

REGIONE: CAMPANIA

Dipartimento di Oftalmologia - Seconda Università degli Studi di Napoli

CENTRO PER L'EDUCAZIONE E LA RIABILITAZIONE VISIVA (sede e nome del centro): " Centro regionale per la prevenzione e la riabilitazione della cecità infantile"

INDIRIZZO: via Pansini 5, Padiglione 15, V piano

Tel. 081.5666762 Fax 081.7704501

Indirizzo e-mail

Tabella 1 – Personale operante nel centro

PERSONALE DIPENDENTE	
	Numero
Medico specialista in oftalmologia	2
Psicologo	
Ortottista assistente in oftalmologia	1
Infermiere	2
Assistente sociale	
ALTRO (specificare la tipologia e il numero corrispondente)	

PERSONALE CONVENZIONATO	
	Numero
Medico specialista in oftalmologia	
Psicologo	
Ortottista assistente in oftalmologia	
Infermiere	
Assistente sociale	
ALTRO (specificare la tipologia e il numero corrispondente)	

PERSONALE CONSULENTE	
	Numero
Medico specialista in oftalmologia	3
Counselor/ valutazione e programmazione educativa	1
Ortottista assistente in oftalmologia	
Infermiere	
Assistente sociale	
ALTRO (specificare la tipologia e il numero corrispondente)	
Operatore di mobilità	1

Si suggerisce di compilare questa tabella inizialmente in fase di censimento, segnalando in seguito solo le variazioni

CENTRO PER L'EDUCAZIONE E LA RIABILITAZIONE VISIVA (sede e nome del centro): Dipartimento di Oftalmologia - Seconda Università degli Studi di Napoli - Centro regionale per la prevenzione e la riabilitazione della cecità infantile"

Attività riferite all'anno: Luglio 2007 - Settembre 2009

Tabella 2 - distribuzione dei casi e degli accessi per tipo di patologia, fascia di età e provenienza geografica

Diagnosi principale	Codice ICD9 CM	n° casi										n° accessi			Totale
		0-18 anni		19-65 anni		> 65 anni		Totale		provenienza regionale	provenienza extraregionale	0-18 anni	19-65 anni	> 65 anni	Totale
		provenienza regionale	provenienza extraregionale	provenienza regionale	provenienza extraregionale	provenienza regionale	provenienza extraregionale	provenienza regionale	provenienza extraregionale						
Retinite Pigmentosa	362.75	30	23	22	32	0	0	52	55			44	54	0	98
Bietti	362.70	0	0	1	0	0	0	1	0			0	1	0	1
Retinoschisi	362.74	1	1	0	0	0	0	2	1			2	0	0	2
Malattia di Stargardt	362.76	9	4	26	13	0	0	35	17			13	39	0	52
Albinismo	270.2	3	0	0	0	0	0	3	0			3	0	0	3
Distrofia retinica	362.7	2	0	3	0	0	0	5	0			2	3	0	5
Coroidosi miopica	363	0	0	2	0	6	0	8	0			0	2	6	8
Subatrofia ottica	377.15	2	0	3	0	0	0	5	0			2	3	0	5
Deg. Maculare serena	362.50	0	0	0	0	58	0	58	0			0	0	58	58
Retinopatia diabetica	362	0	0	0	0	13	0	13	0			0	0	13	13
Glaucoma	365	0	0	2	0	2	0	4	0			0	2	2	4
corioretinopatia serosa centrale	362.41	0	0	2	0	0	0	2	0			0	2	0	2
Coroideremia	363.55	0	0	4	2	0	0	4	2			0	1	0	1
Foro retinico	361.31	0	0	4	0	0	0	4	2			0	4	0	4
Amaurosi congenita di Leber	362.74	17	9	15	10	0	0	32	15			0	4	17	21
Totali dei casi e degli accessi		64	37	84	67	96	0	245	94			92	136	96	324

REGIONE: CAMPANIA

Tabella 3

CENTRO PER L'EDUCAZIONE E LA RIABILITAZIONE VISIVA (sede e nome del centro): Dipartimento di Oftalmologia - Seconda Università degli Studi di Napoli, via Pansini 5, pad.15 - V piano " Centro regionale per la riabilitazione e la prevenzione della cecità infantile"

Attività riferite all'anno: Luglio 2007 - Settembre 2009

Tabella 3 – distribuzione delle prestazioni per fascia di età

Tipologia di prestazione	n° prestazioni effettuate			
	0-18 anni	19-65 anni	> 65 anni	Totale
Riabilitazione visiva	27	15	39	81
Orientamento e mobilità	98	57	4	159
Utilizzo barra braille (con o senza sintesi vocale)	0	0	0	0
Riabilitazione dell'autonomia	95	55	4	154
Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura	14	10	0	24
Counselling	68	71	13	152
Valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi	28	12	13	53
Valutazione e programmazione educativo/didattica	81	31	0	112
Totali	411	251	73	735

REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
via degli Imbimbo 10/12
83100 Avellino

Prot. n. 2125

Avellino li, 29 ottobre '09

Al Dirigente Servizio Riabilitazione - Regione Campania
Settore Interventi Socio-Sanitarie a favore delle fasce Particolarmente Deboli
S e d e

**Oggetto: Realizzazione Centro per l'educazione e la riabilitazione visiva .
L.284/97 art. 2**

Con riferimento aVs precedenti note, ad oggetto: L. 284/97 art. 2. Realizzazione Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva, e facendo seguito alla nostra richiesta di istituzione di un centro per l'educazione e la riabilitazione visiva, di rilievo regionale, si trasmette, di seguito, il piano di fattibilità tecnico-contabile di durata triennale, così come richiesto.

Ipovisione

L'ipovisione rappresenta una condizione di ridotta capacità visiva bilaterale e irreversibile che non può essere migliorata attraverso trattamenti farmacologici e/o chirurgici, né corretta mediante lenti convenzionali. Sul piano legislativo, attualmente, oltre ad essere commisurata all'entità del visus residuo è correlata anche alle alterazioni del campo visivo.

Causa di ipovisione possono essere, oltre che traumi e patologie prettamente oculari, tutte le condizioni generali potenzialmente dannose per l'apparato visivo.

Da recenti studi sulla prevalenza dell'ipovisione in Italia (dati I' ISTAT) si evince che gli ipovedenti legali costituiscono l' 1,57% della popolazione. Ad una stima teorica dell' ipovisione se ne affianca una reale che duplica o triplica il dato precedente, dovuta al fatto che i pazienti non usano o non posseggono una correzione adeguata. Le classi di età più anziane sono le più colpite dalla minorazione visiva e dopo i 60 anni il rischio si moltiplica fino a 7 volte. In ordine di frequenza, le patologie oculari, causa di ipovisione, sono rappresentate da: cataratta, degenerazione maculare correlata all'età, ambliopia, retinopatia diabetica, miopia degenerativa, otticopatie (glaucoma), patologie della retina congenite e/o ereditarie, infiammatorie, vascolari, neoplasiche, traumatiche ed altro ancora.

La maggior parte delle malattie può essere, infine, raggruppata a seconda del danno funzionale provocato:

- **opacamento dei mezzi diottrici** (cornea, cristallino e vitreo) senza difetti campimetrici che provoca un offuscamento generalizzato della visione, abbagliamento e perdita di sensibilità: la patologia più frequente è la cataratta;
- **restringimento del campo visivo** periferico che determina una visione tubulare, perdita della capacità di orientamento, cecità notturna, limitata risposta all'ingrandimento; può essere causato da condizioni avanzate o terminali di alcune patologie come la retinopatia diabetica, la retinite pigmentosa, il glaucoma, otticopatie, malattie del s.n.c.
- **difetti del campo visivo centrale** che determinano la presenza di uno scotoma (area di non visione) in sede centrale; sono causati da affezioni maculari, le più frequenti sono quelle legate all'età.
-

La condizione di ipovisione o di cecità è tale da condizionare l'autonomia dell'individuo determinando la perdita delle capacità di compiere le più comuni attività quotidiane.

La lotta alla cecità passa necessariamente per il controllo delle patologie causa di ipovisione al fine di rallentarne l'iter disabilitante e si attua attraverso: prevenzione primaria, prevenzione secondaria e prevenzione terziaria.

- o Prevenzione primaria: attività di informazione – sensibilizzazione del cittadino con interventi miranti a evitare l'insorgere di eventi sfavorevoli.
- o Prevenzione secondaria: è intesa come diagnosi precoce e gestione di patologie già conclamate; mira a limitare o prevenire le alterazioni tipiche della malattia;
- o Prevenzione terziaria: consiste nella riabilitazione della disabilità che consegue alla severa patologia irreversibile che ha prodotto danni permanenti.

Si stabilisce una distinzione operativa tra:

soggetti in età adulta che costituiscono la maggior parte della popolazione con minorazioni visive (95%) e soggetti in età evolutiva (infanzia e adolescenza).

L'obiettivo essenziale della riabilitazione è quello di conservare le potenzialità visive residue ed ottimizzarle attraverso tecniche specifiche. Gli ipovedenti possiedono un residuo visivo che può essere sfruttato al massimo. Essi sono spesso impossibilitati a svolgere molte attività, la più frequente delle quali è la lettura. Mettendo in atto taluni accorgimenti o utilizzando ausili ottici ed elettronici si possono migliorare e/o ripristinare alcune prestazioni utili alla vita quotidiana. Si valuterà caso per caso se il soggetto in esame, dai risultati dei test funzionali, potrà beneficiare di ausili ottici ingrandenti di materiali ad alto contrasto e/o di lenti che assorbono la luce, se una patologia maculare richieda la ricerca di una zona di retina suppletiva per la fissazione e quindi la rieducazione ortottica finalizzata all'addestramento del paziente per l'utilizzazione della stessa.

La problematica del bambino ipovedente è complessa, diversa sia da quella del soggetto privo di vista in cui vengono automaticamente attivati i sensi vicarianti, sia da quella del soggetto adulto che ha subito la perdita dopo la maturazione del sistema visivo.

Egli, infatti, possiede un minimo residuo visivo che rimane comunque prioritario rispetto agli altri sensi per la percezione ed interpretazione della realtà. Essendo insufficiente, determina aberrazioni, distorsioni, inadeguatezze, disturbi comportamentali.

La valutazione funzionale visiva nell'età evolutiva è un aspetto importante poiché la visione è fondamentale per lo sviluppo (maturazione) del bambino. Il sistema visivo, infatti, fornisce più informazioni di qualsiasi altra modalità sensoriale e la sua integrità condiziona il normale sviluppo. Un danno precoce o congenito può interferire non solo con la maturazione del sistema visivo, ma anche con l'intera maturazione psicomotoria, affettiva e relazionale.

Quindi lo studio clinico del paziente ipovedente rappresenta l'analisi fondamentale della funzione spazio visiva su cui fondare l'intervento di abilitazione.

Per la valutazione completa dei piccoli pazienti occorre l'intervento multidisciplinare che comprende il NPI, l'oculista, l'ortottista ed altre figure della riabilitazione con competenze specifiche sulle problematiche dell'ipovisione, tenendo conto che l'intervento riabilitativo mira ad una presa in carico globale. E' sempre pianificato individualmente in funzione delle risorse visive possedute, delle capacità di apprendimento, dell'età del soggetto e del quadro patologico complessivo. Saranno valutate tutte le sue competenze sensoriali percettive, motorie, cognitive e relazionali.

E' importante considerare l'esistenza del cosiddetto " periodo critico", individuato fra i 0 e i 3 anni, in cui il sistema visivo è particolarmente plastico e il suo sviluppo è direttamente proporzionale alla qualità dell'input che riceve, che se interrotto o gravemente alterato determina un arresto della normale maturazione.

Da qui l'importanza di un intervento abilitativo precoce, dove l'elemento esperienziale ha un ruolo strutturante dal punto di vista anatomico fisiologico. La riabilitazione visiva deve riferirsi alla globalità, non fa riferimento ad un cliché ma dovrà utilizzare nel giusto equilibrio adeguate strategie di stimolazione e di esercizio: stimolazione del residuo visivo e sviluppo di abilità per l'utilizzo di ausili, utilizzo vicariante degli altri sensi, terapia psicomotoria, di apprendimento (sensibilizzare gli insegnanti ad una attenta sensibilità relazionale e didattica).

Il miglioramento di alcune competenze visive di base (stabilità della fissazione, inseguimento, movimenti saccadici) costituisce il prerequisito fondamentale per l'utilizzo in età scolare di sistemi di ingrandimento ottici ed elettronici.

In molti bambini l'ipovisione non è l'unico problema, infatti l'associazione fra ipovisione e cerebropatia è molto elevata. In molti di questi casi, le cause di menomazione visiva non appaiono solo a livello periferico, ma anche centrale, legate ad una condizione nota come " Cerebral Visual Impairment (CVI). Lesioni alla base del CVI compromettono sia la funzione visiva che l'oculomotricità. In questi casi il danno cerebrale e quello visivo rappresentano una spirale di impedimenti da cui è difficile uscire. . La prematurità e la longevità sono due condizioni nella vita odierna che influiscono pesantemente sulla CECITA' e sull'IPOVISIONE determinando un incremento dell'incidenza della DISABILITA' VISIVA nella popolazione.

I destinatari della riabilitazione visiva in età adulta sono soggetti affetti da ipovisione centrale (patologie che determinano grave perdita del visus e/o parte centrale del campo visivo); soggetti affetti da ipovisione periferica (patologie che determinano perdita del campo visivo periferico).

Nel secondo caso la riabilitazione è affidata prevalentemente ad educatori di orientamento e mobilità.

L'inquadramento medico-oculistico verifica anche la stabilità della patologia (la non reversibilità e che non sia in fase evolutiva), senza la quale non è utile intraprendere alcun tipo di riabilitazione.

L'oculista individua l'ausilio da prescrivere che può essere ottico, non ottico o informatico.

Segue il bilancio ortottico.

E' previsto un colloquio con lo psicologo. Si tratta infatti di soggetti spesso depressi per mancata accettazione della perdita di abilità correlate alla vista.

Il progetto terapeutico si baserà non solo sul tipo di deficit che il paziente ha, ma soprattutto sulle sue esigenze e sul tipo di disabilità che desidera cercare di superare e sulla sua motivazione.

Nei soggetti affetti da ipovisione centrale, la riabilitazione ha come obiettivo quello di far sviluppare ed utilizzare nuove strategie visive, provare gli ausili da prescrivere affinché siano i più giusti e addestrare all'uso degli stessi, affinché non vengano abbandonati per inadeguato utilizzo.

Molto spazio è dedicato, nelle prime sedute di osservazione e terapia, a dialoghi con i familiari per far prendere coscienza loro di quali sono i limiti e le possibilità che conseguono alla minorazione visiva. E' molto importante , infatti che, oltre ad accettare l'intervento del terapeuta, i genitori assumano un atteggiamento collaborativi, seguendo una serie di suggerimenti da adottare nella vita corrente che riguardano la "nicchia ecologica" del piccolo paziente (cura dell'ambiente, illuminazione, funzionamento degli arredi).

Da quanto sopra si può ipotizzare la istituzione di un servizio di rieducazione per ipovedenti c/o il Centro di Riabilitazione Australia.

Progetto:

- **OBIETTIVO** della abilitazione - riabilitazione visiva in età evolutiva: stimolazione e promozione, ottimizzazione del residuo visivo, limitazione della disabilità, miglioramento della conoscenza della realtà e dell'interazione con essa. Introduzione dei concetti di orientamento e mobilità, addestramento all'uso degli ausili ottici ed elettronici, utilizzo della tastiera del PC mediante software didattici per i soggetti in età scolare.
- **DESTINATARI:** soggetti affetti da ipovisione isolata, centrale o periferica, associata o meno ad altre menomazioni.
- **RAZIONALE DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: PERCORSO E FIGURE PROFESSIONALI:**

Oftalmologo:

Diagnosi oculistica
Valutazione oftalmologica
Prognosi visiva prescrizione ausili
Stesura progetto riabilitativo (con Neuropsichiatria infantile)
Controlli clinici

Psicologo:

Valutazione assetto emotivo-relazionale
Bilancio funzionale (con Neuropsichiatria infantile)
Sostegno alla famiglia
Counseling alla scuola

Ortottista assistente in Oftalmologia: (già in possesso di master in riabilitazione visiva)

Collaborazione alle procedure diagnostiche oftalmologiche
Trattamenti ortottici
Riabilitazione visiva
Addestramento all'uso degli ausili prescritti

Assistente sociale:

Inserimento scolastico
Procedure burocratiche
Counseling alla famiglia

Infermiere professionale

Gestione agenda appuntamenti
Assistenza al paziente

A tal proposito, relativamente alla legge 284/1997, sono state emanate specifiche linee guida nel campo della prevenzione della disabilità visiva che sicuramente possono costruire un progetto completo per la prevenzione e riabilitazione delle minorazioni visive in età infantile ed età adulta ed avanzata.

Sono prescritti dall'ASL a carico del Servizio Sanitario Nazionale gli ausili a ipovedenti con non più di 1/10 di residuo visivo ad 00, e a giovani con il rischio di ambliopia.

Inoltre le nuove tecnologie informatiche hanno messo a punto una serie di ausili che, se ben presentati ed altrettanto ben seguiti, sono in grado di alleviare alcuni disagi. Gli ausili ottici o informatici obbligano una presa in carico dell'utente in quanto questi ha assoluta necessità di essere addestrato all'utilizzo degli ausili e strumenti di cui sarà fornito.

A tal proposito è da evidenziare che c/o il Centro Australia è in attivazione il C.I.A. (Centro Informazione Ausili).

Interventi

- ✓ Valutazione completa della funzionalità visiva;
- ✓ Preparazione del programma riabilitativo;
- ✓ Riabilitazione psicovisiva e valutazione dei sussidi didattici
- ✓ Stimolazione e riabilitazione visiva
- ✓ Addestramento al corretto uso degli ausili
- ✓ Prescrizione degli ausili
- ✓ Supporto psicologico ed informazioni assistenziali
- ✓ Analisi delle condizioni ambientali e consulenza finalizzata al corretto adeguamento della posizione a scuola ed al domicilio.

Finalità del progetto

- ✓ Prevenire le conseguenze secondarie della minorazione visiva;
- ✓ Ottimizzare l'uso del residuo visivo e delle strategie compensatorie
- ✓ Favorire lo sviluppo di tutte le potenzialità dei pazienti ipovedenti: bambini, adulti e anziani.

Molti bambini imparano ad usare la loro vista residua proprio leggendo a distanza molto ravvicinata, impiegando lenti di potere elevato e muovendo appropriatamente il testo oppure la testa. Anche i bambini con una vista assai ridotta possono così imparare a leggere con una velocità ed una continuità soddisfacenti. Questo principio vale anche per chi si accinge a praticare gli esercizi di riabilitazione visiva con gli ausili ottici.

In relazione ai costi previsti , è d'uopo sottolineare l'ampia possibilità di recupero degli stessi, con la prospettiva concreta di margini di guadagno, attraverso anche l'attivazione del day hospital di Neuropsichiatria Infantile .

Inoltre, altra entrata "compensativa" , prevista è costituita dall'attivazione di day hospital per riabilitazione intensiva , nei casi in cui è necessario procedere all'adattamento di strumenti riabilitativi visivi, di una certa complessità, ovvero, nei casi in cui si evidenzia un disturbo relazionale su base deprivativa sensoriale, così come, nei disturbi pervasivi dello sviluppo, i trattamenti riabilitativi hanno una durata di 2- 3 ore per volta.

Ausili e strumentazione necessari all'avvio del progetto c/o il Centro di Riabilitazione Australia

1) 1) Cassetta di prova completa per ipovisione ✓ 6 ipercorrettivi prismatici; ✓ 12 sistema aplanatico non oculare; ✓ 4 Kepleriane coppette aggiuntive per vicino; ✓ 20 lenti filtranti.	€ 4.600,00
2) Videoingranditore da tavolo con sistema televisivo a circuito chiuso	€ 3.500,00
3) Software ingrandente per PC + personal computer + supporto sintesi vocale per ambiente grafico	€ 3.200,00
4) Tavolo ergonomico	€ 7.200,00
5) Sedia ergonomia	€ 1.100,00
6) Leggio flessibile	€ 300,00
7) Lampade con braccio estensibile: a luce fredda (a fluorescenza), a luce calda (incandescenza)	€ 175,00 € 175,00
8) Ottotipo ETDRS per la misurazione della acutezza visiva per lontano: tavola ETDRS Sloan-lettere e simboli Lea e Landolt Rign (5pz)	€ 2.340,00
9) Ottotipo per vicino MNREAD Acuity Charts	€ 3.340,00
10) Esame della sensibilità al contrasto con tavole di pelli-Robson	€ 1.000,00
11) Teller Acuity Cards (set di 17 tavole) o Lea Gratings test	€ 1.000,00
12) Cardiff Acuity Tests (33 carte: cane, pesce, casa, cerchio, barca, treno)	€ 1.000,00
13) Quaderni di esercizi pratici di riabilitazione della lettura per il paziente ipovedente	€ 200,00
14) Kit per la mobilità anteriore: - bastone bianco ripiegabile - bastone con rilevazione ad ultrasuoni	€ 102,00 € 450,00
15) Hiding Heidi Low Contrast Facies	€ 400,00

16) Lh Line Test o Cardiff Acuity Test	€ 1.000,00
17) Color Vision Test o tavole di Ishiara per bambini	€ 242,00
18) Materiale e sussidi volti allo sviluppo delle competenze: Visuomotorie e visuoperceptive, con caratteristiche Specifiche di luminosità, contrasto, colore, e dimensione Fibre ottiche, Feedback vocale e luminoso, vibrocupola, palline luminose a impatto, animali vibranti, sensori, ecc (materiale "prompa")	€ 2.000,00
19) Light Box: livello I e II (prodotto da American Printing House for the blind)	€ 660,00
20) Tavole Grafo-motorie	€ 720,00

Per favorire l'integrazione scolastica e i processi di apprendimento:

21) Software riabilitativi e didattici	€ 360,00
22) Sussidi per la scrittura e il disegno a. Pennarelli e matite a punta grossa b. Quaderni con rigature e quadrettature diversificate	€ 750,00
23) Barra braille	€ 2.500,00
24) Screen reader per l'utilizzo di Windows	€ 7.200,00
25) Ausili percorso abbattimento barriere architettoniche per ipovedenti	€ 1.500,00
26) Software + scanner + sistema ICR	€ 7.800,00
27) Stampante braille	€ 2.680,00

Progetto riabilitazione ipovedenti – costi

Operatori	ore settimanali	Totale ore annue (40 settimane lavorative)	costo x ora	Totale costi
n. 2 Oftalmologo	1	40	€ 50.00	€ 3.000,00
n. 1 Psicologo	1	40	€ 30.00	€ 1.500,00
n. 1 Ortottista	1	40	€ 30.00	€ 1.500,00
n. 1 Assistente sociale	1	40	€ 30.00	€ 1.500,00
n. 1 Infermiere professionale	1	40	€ 30.00	€ 1.500,00
Totale costo annuo				€ 9.000,00
COSTO TRIENNALE (operatori)				Euro 27.000,00

Riepilogo costi triennali del progetto

Attrezzature **Euro 57.494,00**

Personale **Euro 27.000,00**

Spese organizzative e di segreteria **Euro 6.570,50**

REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
via degli Imbimbo 10/12
83100 Avellino

Prot. n.
.....

Avellino li,

Al Dirigente Servizio Riabilitazione - Regione Campania - Assessorato alla Sanità
Settore Interventi a favore di fasce Socio Sanitarie – Particolarmente Deboli-
AGC20- Assistenza Sanitaria
Centro Direzionale, Isola C3
80143 Napoli

Oggetto: Integrazione al Progetto: Realizzazione centro per l'educazione e la riabilitazione visiva

Relazione integrativa al progetto riabilitativo

CENTRO POLIVALENTE RIABILITAZIONE AUSTRALIA – ASL AV2

Ulteriori ausili e strumentazione necessari alla avvio del progetto di cui sopra:

5) video ingranditore portatile con supporto per la scrittura	€ 1120.00
6) video ingranditore tipo “ mouse “	€ 320.00
7) n°1 monitor TV 26 pollici LCD	€ 366.00
8) n° 3 personal computer con stampante laser	€ 3300.00
9) n° 1 tonometro	€ 1000.00
10) n° 1 MICROPERIMETRO: ¹	61000, 00 (modello accessoriato)
	TOTALE : € 67106,00

Il suddetto strumento è sicuramente essenziale per lo studio della perimetria maculare (10 gradi centrali).

Misura le dimensioni degli scotomi centrali e individua il locus retinico da riabilitare preferenzialmente.

Fornisce dati obbiettivi per valutare le modificazione che si verificano durante il trattamento rieducativi.

RIEPILOGO

➤ Costo totale degli ausili e strumentazioni	17) € 57494,00 18) € 67106.00
➤ Costo risorse umane	- € 27000.00
➤ Spese organizzative e di segreteria	- € 6.570,50
➤ Totale	€ 158.170,50

Avellino li, 28Ottobre 2009

Il Responsabile dell'Area di Riabilitazione
Dr. Mariano Malanga

Il Direttore Sanitario
U.O. Centro di Riabilitazione Australia
e Referente Progetto
Dr. Antonio Gengaro

Il Commissario StraordinarioAsl Av

Riepilogo ricavi biennali del progetto

Day Hospital Euro 100.000,00 ca.

ASL Avellino 2 – via degli Imbimbo – 83100 Avellino

Requisiti organizzativi strutturali e funzionali dei centri di riabilitazione per ciechi ai sensi della Legge 284/97	Denominazione centri per la prevenzione e riabilitazione visiva	
	1) Centro Polivalente di Riabilitazione Australia c.da Amoretta – 831000 Avellino	
Figure Professionali di base	SI	NO
Medico specialista in oftalmologia	X	
Psicologo	X	
Ortottista assistente in oftalmologia	X	
Infermiere o assistente sanitario	X	
Assistente sociale	X	
Ambienti	SI	NO
Ufficio ricevimento	X	
Sala oculistica	X	
Sala di riabilitazione	X	
Sala ottico-tiflologica	X	
Studio psicologico	X	
Servizi	X	
Strumentalizzazione e Materiale Tecnico	SI	NO
1) Per attività oculistiche		
Lampada a fessura	X	
Oftalmometro	X	
Schiascopia	X	
Oftalmoscopio diretto e indiretto	X	
Tonometro	X	
Tavola ottotipica logaritmo	X	
Test per vicino caratteri stampa	X	
Testi calibrati per lettura	X	
Serie di filtri per valutazione del contrasto	X	
Cassetta lenti di prova con montatura	X	
Perimetro	X	

1) * Inserire la denominazione del centro a cui si fanno riferimento le risposte

ASL Avellino 2 – via degli Imbimbo – 83100 Avellino

[illegible]

Tipologia di prestazioni dei centri	Posti n.	Prestazioni n.
Residenziale		
Semiresidenziale		
Domiciliare	2 x settimana	annue 80 biennali 160
Ambulatoriale	4 x settimana	annue 160 biennali 320

Avellino li, 28Ottobre 2009



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

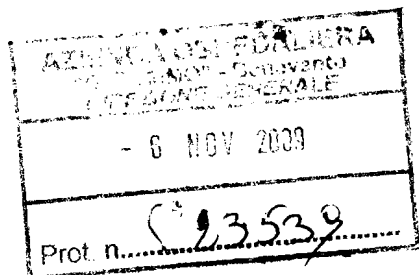
U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Alla cortese attenzione

del Direttore Generale
Dott. ROSARIO LANZETTA
del Direttore Sanitario
Dott. MICHELE ROSSI
del Direttore Amministrativo
Dott. ALBERTO DI STASIO

LORO SEDI



Benevento 26-10-2009

La sottoscritta, Dott.ssa Maria Sanità Zeppa, Direttore della U.O.C. dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo", vista la necessità di dovere sopperire alle esigenze di un cospicuo numero di ipovedenti nella provincia di Benevento (412 solo gli iscritti all'U.I.C.)

CHIEDE

Di poter istituire presso l'U.O. da Lei diretta un

"CENTRO PER EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA"

facendo riferimento alla legge 28 Agosto 1997, n.284 e alla conferenza STATO-Regioni dell'aprile 2004.

Distinti saluti.

Il Direttore della U.O.C. di Oculistica
Dr. Maria Sanità Zeppa



come favore
R. DIRETTORE GENERALE
Dr. Rosario Lanzetta



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Ch.mo Sig.rett SANITA'

Settore Fasce Deboli

Ch.mo Dott ROSANNA ROMANO

Dirigente del Settore

Centro Direzionale Isola C/3

80143 NAPOLI

Benevento, 12.12.2008

Oggetto: Istituzione di un Centro di Ipovisione c/o A.O. "G. Rummo" – Benevento

La sottoscritta Dott. Maria Sanità Zeppa, direttore dell'U.O. di Oculistica presso l'A.O. "G. Rummo" di Benevento, ha inoltrato nell'anno 2004 richiesta per l'istituzione di un "Centro per educazione e riabilitazione visiva", facendo riferimento alla Legge del 28 agosto 1997 n. 284 ed alla Conferenza Stato-Regioni dell'aprile 2004.

Tale richiesta, approvata dalla Amministrazione dell'A.O. "G. Rummo" con delibera n. 1479 del 9/11/2004, è stata successivamente convalidata dall'attuale Direttore Generale in carica Dr. Rosario Lanzetta con lettera protocollata n. 2105 del 10/2/2006, ed inviata alla Giunta Regionale della Campania – Assessorato alla Sanità –Settore Fasce Deboli.

La necessità di istituire un Centro specializzato e dedicato alla rieducazione visiva ed al recupero, anche parziale, ad una attività lavorativa, oltre al miglioramento della qualità di vita di questi difficili pazienti, nasce dall'aumentata incidenza di patologie fortemente invalidanti, quali le erodistrofie maculari, la degenerazione maculare correlata all'età, la retinopatia diabetica, il glaucoma, per fare alcuni esempi, che contribuiscono sempre più a far aumentare il numero degli Ipovedenti nella Provincia di Benevento, e che nelle stime dell'OMS, tenderanno a raddoppiare entro i prossimi 20 anni.

L'Unione Italiana Ciechi ha sollecitato già da anni l'istituzione di un Centro di Ipovisione, poiché questo Ente conta in Benevento oltre 400 iscritti, numero ovviamente di gran lungo inferiore rispetto alla realtà.

Nell'anno 2004 presso l'INPS hanno beneficiato della pensione per minorazione visiva oltre 100 utenti.

In effetti negli ultimi quattro anni nell'U.O. di Oculistica sono state eseguite oltre 4.000 fluorangiografie e sono stati seguiti oltre 2.000 pazienti a causa delle patologie suddette.

Il numero sempre crescente di ipovedenti, dovuto soprattutto all'aumento della vita media, impone un aiuto a questi pazienti che, in possesso di tutte le altre facoltà, presentano una minorazione visiva tale da non consentire una vita normale.

Da qui la necessità di questa richiesta che è il tentativo di poter insegnare agli ipovedenti ad usufruire del loro residuo visivo e a rendere meno gravoso il loro handicap.



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Come già esposto nella parte introduttiva del progetto, dalla mappa dei Centri presenti in Italia, si evince la totale assenza di un Centro di Riabilitazione presso Struttura pubblica in Campania.

Nel progetto è stato presentato anche un piano economico-finanziario che comprende un preventivo di spesa per il Personale e per le attrezzature.

Per quanto riguarda le modalità operative si ribadisce che l'attività sarà svolta nei locali dell'ambulatorio dell'A.O. Rummo nelle ore pomeridiane due-tre volte la settimana, a seconda delle necessità..

Il centro sarà aperto, almeno per il primo anno, solo agli adulti.

Si procederà all'ammissione al Centro previa Visita Oculistica ambulatoriale.

Per il training ambulatoriale all'uso degli ausili individuati si seguiranno le linee guida del GISI (Gruppo Italiano Studio Ipovisione) come già specificato nel progetto iniziale.

Un medico referente, esperto in ipovisione, coadiuvato da un ortottista anche egli esperto in ipovisione daranno inizio a questa nuova attività.

Per entrambi si fa richiesta di numero 18 ore settimanali.

Distinti Saluti

Il Direttore Generale
Dott. ROSARIO LANZETTA

Il Direttore della U.O. di Oculistica
Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

A. G. RUMMO - 80131 NAPOLI
S. MARIA ANTONIO - 80131 NAPOLI
Direttore U.O. Oculistica



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

All'ASSESSORATO alla SANITA'

Settore Fasce Deboli

Ch.mo Dott. ROSANNA ROMANO

Dirigente del Settore

Centro Direzionale Isola C/3

80143 NAPOLI

Oggetto: Istituzione di un Centro di Ipovisione c/o A.O. "G. Rummo" - BENEVENTO

RELAZIONE

Le menomazioni visive rappresentano la parte più importante dell'handicap psico-fisico delle società a sviluppo fortemente industrializzato.

E questo perché la riduzione della capacità visiva al di sotto dei limiti compatibili per una attività lavorativa e/o per un programma di studi, influisce negativamente su tutto il substrato sociale che coinvolge non solo il portatore di handicap visivo ma anche le strutture a lui più vicine, rappresentate dalla famiglia in primo luogo, ma anche dalle strutture sanitarie cui egli si rivolge e dall'impegno economico che lo Stato e quindi tutta la collettività si accolla.

Se è vero che la prevenzione delle menomazioni visive segue percorsi ben definiti e programmati dal Servizio Sanitario e recepiti dalle Regioni nelle proprie autonomie, è pur vero che il recupero anche parziale ad una attività lavorativa o ad una minore dipendenza dalle strutture pubbliche e, non ultimo, una minore dipendenza dall'aiuto familiare, oggi sempre meno disponibile per i cambiamenti avvenuti nel vissuto sociale, ha spinto il legislatore ha promuovere con una legge dello Stato le " Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati" (legge 28 agosto 1997, n. 284) stabilendo con successivo provvedimento la "classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici" (legge 3 aprile 2001, n. 138, in cui effettua una graduazione dell'handicap visivo dalla cecità totale all'ipovisione lieve.

Sulla scorta di tali indicazioni la Regione Campania con provvedimento n. 22 del 3 maggio 2003 ha promulgato le linee guida per le attività di riabilitazione nella Regione Campania, promuovendo anche la formazione, ove le necessità territoriali lo richiedano, di CENTRI SPECIALIZZATI DI IPOVISIONE.

In quest'ottica, ci siamo attivati a promuovere nell'ambito del nostro territorio (Sannio Beneventano ed Alta Irpinia) l'istituzione di un centro specializzato di ipovisione presso L'Ospedale "G. Rummo" di Benevento utilizzando parte delle strutture già esistenti (ambulatori e parte del personale) e promuovendo l'acquisto, su finanziamento regionale, di apparecchiature specifiche alla riabilitazione dei pazienti, in modo da non gravare di ulteriori costi il SSN.



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Come sarà ampiamente descritto in seguito, il nostro interesse per l'ipovisione parte dalla constatazione di una richiesta inevasa di possibilità riabilitative per pazienti che accedono ai nostri ambulatori.

E la previsione è che nei prossimi anni ci sarà un aumento esponenziale del numero dei soggetti ipovedenti, per il paradosso che il progresso generale dell'Oftalmologia ha portato ad una notevole riduzione dei pazienti destinati alla cecità, ma nel contempo ha incrementato quello dei soggetti con residuo visivo parziale, insufficiente a garantire il mantenimento di una completa autonomia.

Successivamente relazionerò di come questo istituendo Centro di Ipovisione si inserisce nel territorio del Sannio, della sua organizzazione interna, degli spazi utilizzati per gli ambulatori, dell'accesso facilitato, del personale medico e paramedico e dell'organizzazione dei rilievi domiciliari necessari per reintegrare nel proprio ambiente l'ipovedente che accetta l'uso di ausili, in modo tale da relazionare ogni paziente al suo habitat, alla sua realtà sociale e familiare.

L'ultima parte della presenza relazione sarà dedicata alle specifiche economiche relative al personale da convenzionare e alle attrezzature da acquistare.

PROGETTO CENTRO PER L'EDUCAZIONE E LA RIABILITAZIONE VISIVA

Un ipovedente è una persona portatrice di una disabilità visiva conseguente a una patologia irreversibile di entità tale da non consentire lo svolgimento delle comuni attività della vita quotidiana.

E' quindi fondamentale che la persona ipovedente impari ad utilizzare in maniera ottimale il proprio residuo visivo con o senza ausili ottici.

In Italia, dieci persone su mille (circa 600.000/700.000) sono affette da ipovisione più o meno grave.

Secondo le ultime indagini ISTAT del 1999-2000, la prevalenza della cecità in Italia è dello 0,61% (in pratica 350.000 persone sono considerate legalmente cieche), con un incremento negli ultimi 15 anni di oltre il 26%. La distribuzione geografica di questo dato è lievemente più alta al Sud e nelle Isole (rispettivamente 0,71% e 0,77%) rispetto al Centro-Nord.

I due dati assommati portano ad un insieme di circa 1.000.000 di pazienti affetti da cecità e/o da ipovisione.

In Campania, i dati stimati relativi alle patologie fortemente invalidanti (quali le ereditarie distrofie maculari e retiniche, le patologie traumatiche, le neuropatie, la degenerazione maculare senile, il glaucoma, la retinopatia diabetica, tanto per citare le più importanti) contano circa 100.000 pazienti affetti da cecità totale e/o parziale o da ipovisione grave. Di questi circa il 10% appartengono al territorio del Sannio Beneventano.

Ma il reale "polso" della incidenza di questo handicap, non può che essere avvertito che nelle strutture sanitarie di riferimento, cioè gli Ospedali ed i loro ambulatori.

Presso la nostra A.O., infatti, nel solo anno 2005 sono stati visitati per eventi traumatici e per patologie almeno il 90% di quel dato che la stima prima descritta propone. I



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

nostri centri di eccellenza per quanto riguarda la prevenzione e la terapia delle malattie oculari a forte impatto invalidante, come la retinopatia diabetica, il glaucoma, la degenerazione maculare senile, sono già adesso punto di riferimento sia della popolazione di base, sia e soprattutto degli specialisti che operano sul territorio.

E' quindi naturale proporre la stessa A.O. quale promotore dell'Istituzione di un Centro di Riabilitazione Visiva.

Non solo, anche l'integrazione in ambiente Ospedaliero fra U.O. correlate, come la genetica medica, la pediatria, la geriatria, permette un più facile accesso ad un servizio che a partenza dalla stessa struttura si eplica poi anche direttamente sul territorio.

Infatti, l'attività sanitaria di riabilitazione richiede la presa in carico della persona affetta da handicap visivo grave, mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

E' importante la distinzione operativa tra soggetti in età evolutiva e soggetti in età adulta, sia in relazione agli obiettivi di intervento, sia in relazione alle modalità di attuazione dei trattamenti.

Per l'età evolutiva, l'obiettivo può essere infatti definito più specificamente in termini di prevenzione secondaria (ovvero prevenzione delle interferenze della disabilità visiva sullo sviluppo) e di piena realizzazione delle potenzialità.

L'intervento riabilitativo in questi casi dovrà avvalersi di una serie di attività:

- riabilitazione visiva;
- riabilitazione neuropsicosensoriale;
- addestramento all'autonomia;
- addestramento all'uso degli ausili tecnici;
- esperienza di gruppi di autoaiuto e di "counseling" per i genitori.

Per l'età adulta, che rappresenta comunque il 95% della popolazione con menomazione visiva, invece, l'ipovisione rappresenta più spesso l'esito invalidante di numerose malattie, senza contare i fattori ambientali, traumatici, ecc, che colpiscono sia pazienti in attività lavorativa, che in età senile, comunque attivi, in cui il recupero anche parziale permette un notevole miglioramento della qualità di vita.

In questi casi il progetto riabilitativo parte da un'attenta diagnosi oftalmologica, cui si associa sempre la considerazione della situazione medica generale dell'ipovedente, e si tiene conto anche della sfera psicologica e delle relazioni sociali. Da qui il progetto riabilitativo deve mirare ad ottimizzare il grado di autonomia dell'interessato, dando la priorità alle esigenze espresse dal paziente e giudicate pertinenti, favorendo l'adattamento od il riadattamento alla propria realtà personale lavorativa e sociale, perseguendo le attività carenti anche mediante l'addestramento all'utilizzo di ausili protesici e grazie ad un adeguato sostegno psicologico. Gli interventi possono essere a livello della funzione visiva, dell'autonomia personale e dell'autonomia di movimento.

E' compito del centro di Ipovisione coordinare il lavoro di equipe costituito da figure professionali collegate fra loro (oftalmologo, ortottista, psicologo) volto a favorire la riabilitazione e l'integrazione dell'ipovedente.

Il centro di riabilitazione visiva coordina, inoltre, gli interventi di orientamento, mobilità e l'autogestione domestica.

I servizi sociali si faranno poi carico degli aspetti più strettamente legati al reinserimento ambientale e lavorativo del soggetto, attivandosi affinché gli enti competenti



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

predispongano le iniziative e le strutture necessarie caso per caso: abolizione di barriere architettoniche, introduzione di segnalazioni acustiche e visive nell'ambiente di vita e di lavoro del soggetto, assegnazione gratuita oppure in comodato d'uso di strumenti protesici, interventi economici di sostegno, ecc.

All'interno del progetto riabilitativo, il programma riabilitativo definisce le aree di intervento specifiche, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi secondo le "Linee guida" sulla riabilitazione, emanate a livello nazionale, G.U. 30.5.1998 n. 124 e recepite dalla Regione Campania con la pubblicazione delle proprie "linee guida per le attività di riabilitazione in Campania" Boll.Uff. Campania n. 22 del 3 maggio 2003.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Roberto Lanzetta

MARIA SANITA' ZEPPA
EN 000932



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Centro di Ipovisione
Prevenzione e riabilitazione delle menomazioni visive
A.O. "G. Rummo"
U.O. di OCULISTICA
Direttore: Dott. M.S. Zeppa

Allegato 1 alla relazione. Cronoprogramma delle attività per il triennio 2010-2012

CRONOPROGRAMMA

	2010				2011				2012					
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°		
Ristrutturazione ambulatori	X													
Acquisizione beni e servizi	X													
Definizione contratti a TD	X													
Implementazione percorsi assist.		X												
Screening di ingresso		X												
Ambulatorio adulti (n. visite)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Percorso riabilitativo (A)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Ambulatorio pediatrico (B)					X	X	X	X	X	X	X	X		
Percorso riabilitativo (B)							X	X	X	X	X	X		
Screening sulla popolazione									X	X	X	X		
Controlli A e/o B				X		X		X		X		X		
Monitoraggio				X				X				X		

Dalla tabella si evince il programma previsto per l'avvio dell'istituendo Centro di Ipovisione e del programma di gestione, limitato per il primo anno di attività ad un'utenza di età adulta e senile (dai 18 anni in su), con previsione di attività ambulatoriali di inquadramento diagnostico, individuazione di un percorso riabilitativo individuale e personalizzato, controllo della efficacia funzionale del percorso proposto, volto principalmente alla maggiore autonomia personale e alla riduzione dell'handicap, e comprensivo di un monitoraggio da parte dell'A.O. delle attività svolte.

Dott.ssa MARIA SANITA' ZEPPA

BN 000932
A.O. G. RUMMO

Dr. Rosario Lanzetta

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Rosario Lanzetta



AZIENDA OSPEDALIERA G.RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

~~Centro di Formazione~~
A.O. "G. Rummo"
U.O. di OCULISTICA
Direttore: Dott. M.S. Zeppa

Allegato 2 alla relazione. Tabella economica di spesa per il triennio 2010-2012

Capitolo		2010	2011	2012
5.1	Lavori di ristrutturazione	8000		
5.2	Acquisto di tecnologie	70000		
5.3	Risorse umane:			
	a) Medico Specialista	21000	21000	21000
	b) Ortottista	10000	10000	10000
	c) Infermiere Professionale	5000	5000	5000
	d) Segretaria	5000	5000	5000
	e) Consulenze varie	5000	5000	5000
	Totali	124000	46000	46000

Legenda

5.1 Riferimento alla quota del fondo destinata alle risorse strutturali

5.2 Riferimento alla quota del fondo destinata all'acquisto di beni strumentali

5.3 Riferimento alla quota del fondo destinata al pagamento delle competenze per le figure professionali impegnate nel progetto.

Dott.ssa **MARIA SANITA' ZEPPA**
EN 000932

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Rosario Lanzetta





AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Centro di Ipovisione
Prevenzione e riabilitazione delle menomazioni visive
A.O. "G. Rummo"
U.O. di OCULISTICA
Direttore: Dott. M.S. Zeppa

Allegato 3 alla relazione. Risorse strutturali

Nell'attuazione del progetto e per le finalità preposte, abbiamo individuato nell'ambito della U.O. di OCULISTICA i 3 ambienti essenziali e necessari, usufruendo di strutture già presenti che necessitano di piccole modifiche, con minimo impegno di spesa, gestibile dal fondo assegnato e senza ulteriore aggravio di spesa per l'A.O., così come appresso specificato:

Ambiente 1

Segreteria – Archivio

Il locale, che sarà adibito precipuamente all'attività di segreteria (prenotazioni, informazioni al pubblico, pubbliche relazioni, archivio cartelle cliniche ambulatoriali, ecc.), necessita di uno spazio minimale di circa 9-12 mq, climatizzato, in cui è possibile ospitare una scrivania e relativa poltrona, due comode sedie per ospiti, un mobile da adibire ad archivio, con chiusura delle ante a chiave, collegato telefonicamente e con la disponibilità di un PC, collegato alla rete aziendale, provvisto di stampante.

Tale locale è stato individuato al piano terra, del padiglione S. Pio, U.O. di OCULISTICA, ecc.

Non necessita di ristrutturazione.

Costo previsto per l'arredamento € 1500,00

Ambiente 2

Studio Medico

Il locale è ubicato al piano terra, è limitrofo al locale ambulatorio, di facile accesso al pubblico, senza barriere architettoniche, ha una grandezza di circa 12-16 mq e deve essere ristrutturato per poter ospitare in un colloquio-visita oltre il medico o lo psicologo, ed in futuro il neuropsichiatria infantile, in modo da poter consentire un colloquio sereno che aiuti il medico ed il paziente ipovedente a stabilire un rapporto di fiducia, proficuo per il proseguimento del percorso riabilitativo più idoneo e specifico per il paziente stesso.

Tale locale, climatizzato, e provvisto di luce naturale ed artificiale standardizzabile, necessita di una scrivania con poltrona, due comode sedie per ospiti (n.b.: il paziente ipovedente è sempre accompagnato almeno da 1 familiare), un lettino per visita, un mobile-libreria provvisto anche di ante a chiusura a chiave, per il deposito di materiale (test oculistici, sistemi di ingrandimento di prova, ecc), di un PC provvisto di stampante, collegato alla rete aziendale, e di un accesso telefonico.

Tale locale è stato individuato al piano terra del Padiglione S. Pio, U.O. di OCULISTICA, ecc.

Necessita di ristrutturazione (tinteggiatura delle pareti con colori tenui, ecc.) per un impegno minimo di spesa di circa € 1500,00

Costo previsto per l'arredamento € 2.000,00

A.O. G. RUMMO
Dott. M.S. Zeppa
Direttore U.O. Oculistica
Dott. MARIA SANITA' ZEPPA
BN 000982

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. A. Zeppa



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Ambiente 3

Ambulatorio

Il locale, già presente ed attrezzato, normalmente utilizzato per le necessità dell'U.O. di Oculistica, viene messo a disposizione per il centro in giorni pre-stabiliti.

Il locale è situato al piano terra del Padiglione S.Pio, non ha barriere architettoniche di accesso, è molto ampio e provvisto di luce naturale ed artificiale, fornito delle necessarie suppellettili, e facilmente up-gradabile alle necessità di una visita per ipovedenti, con ottotipi dedicati, sistemi di ingrandimento per vicino, ecc.

Non è prevista ristrutturazione, né spese aggiuntive per l'utilizzazione.

A.O. "G. RUMMO" BENEVENTO
Dott.ssa M. SANITA'
Direttore U.O. Oculistica

N. DIRETTORE GENERALE
Dr. Rosario Lanzetta



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Centro di Ipovisione
Prevenzione e riabilitazione delle menomazioni visive
A.O. "G. Rummo"
U.O. di OCULISTICA
Direttore: Dott. M.S. Zeppa

Allegato 4 alla relazione. Risorse strumentali

Nell'attuazione del progetto e per le finalità preposte, abbiamo stabilito di utilizzare per l'ambulatorio le risorse strumentali già presenti integrandole con apparecchiature specifiche da acquistare, mediante invito delle principali ditte fornitrici, delle seguenti attrezzature:

1.	Ottotipo logaritmico	€	186,00
2.	Tavole ETDRS	€	1490,00
3.	Tavole di Ishihara	€	219,00
4.	Test dei colori di L'Anthony	€	2042,00
5.	Set 5 tavole sensibilità al contrasto	€	650,00
6.	Professional Filter Kit	€	646,00
7.	Applanatic Light Kit	€	2154,00
8.	Cassetta lenti di prova (cerchi in metallo)	€	1350,00
9.	Occhiale di prova Oculus	€	350,00
10.	Cassetta di prova sistemi telescopici	€	1282,00
11.	Sistemi ipercorrettivi premortati	€	840,00
12.	Set di lampade a luce diffusa calda	€	288,00
13.	Set ingrandenti ed autoilluminanti	€	
14.	Sistemi televisivi a circuito chiuso	€	1504,00
15.	PC e zoom test	€	1616,00
16.	Ausili tiflotecnici	€	701,00

per un totale di € 15318,00

relativo all'offerta della Ditta Sacco di Napoli del 2005/2006, da aggiornare all'ordine.

A.O. "G. RUMMO" - BENEVENTO
Dott. M.S. Zeppa
Direttore U.O. OCULISTICA
Dott.ssa MARIA SANITA' ZEPPA
BN 000932

DIRETTORE GENERALE
Dr. Rosa...



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

Centro di Ipovisione
Prevenzione e riabilitazione delle menomazioni visive
A.O. "G. Rummo"
U.O. di OCULISTICA
Direttore: Dott. M.S. Zeppa

Allegato 5 alla relazione. Risorse umane

Il progetto prevede la presenza di 4 figure professionali non reperibili nell'ambito del personale già strutturati presso l'A.O.

Tali figure sono:

- a) Medico Specialista Oculista.
- b) Ortottista.
- c) Infermiere professionale
- d) Segretaria

cui si affiancheranno, successivamente le figure professionali di:

- e) Neuropsichiatra infantile.

E' inoltre previsto l'utilizzazione in regime di Consulenza delle figure di:

- f) psicologo
- g) assistente sociale

L'impegno di spesa previsto, per il triennio 2010-2012 sarà esaurito dai fondi regionali previsti e già stanziati, e così suddiviso:

a) Medico Specialista Oculista:

§ Impegno per l'organizzazione del Centro e per la stesura delle cartelle cliniche, l'organizzazione dell'iter procedurale per la prenotazione delle visite, l'attuazione delle stesse, gli eventuali protocolli diagnostici specialistici con gli esami previsti, i controlli ambulatoriali, e i controlli di efficacia per i percorsi riabilitativi.

§ Impegno di soddisfare l'utenza mediante turni ambulatoriali, in accordo con la direzione dell'U.O. di Oculistica, secondo le disponibilità dell'ambulatorio.

§ Impegno di supervisione delle altre figure professionali coinvolte.

§ Impegno di programmare e seguire l'iter riabilitativo, anche presso il domicilio dell'utente, quando richiesto.

§ Impegno di seguire con controlli ambulatoriali l'utenza già visitata, indipendentemente dal percorso riabilitativo, per tutta la durata dei 3 anni previsti.

Per tale impegno è previsto un compenso sotto forma di attività libero-professionale di € 60.000,00, da liquidare a presentazione di fattura suddivisa in sesti del totale, dell'importo di € 10.000,00 cadauno e pagata alla scadenza del 3° e del 6° mese di ogni annualità.

b) Ortottista

§ Impegno di soddisfare l'utenza mediante turni ambulatoriali, in accordo con la direzione dell'U.O. di Oculistica, secondo le disponibilità dell'ambulatorio.

Per tale impegno è previsto un compenso sotto forma di attività libero-professionale di € 15.000,00, da liquidare a presentazione di fattura suddivisa in sesti del totale, dell'importo di € 2.500,00 cadauno e pagata alla scadenza del 3° e del 6° mese di ogni annualità.

Direttore U.O. Oculistica
Dott.ssa MARIA SANITA' ZEPPA
BN 000932

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Roberto Lanzetta



AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI LIVELLO (L.R. 11.1.94 n.2)

U.O. di OCULISTICA

DIRETTORE: Dott. MARIA SANITA' ZEPPA

c) Infermiere Professionale

§ Impegno di soddisfare l'utenza mediante turni ambulatoriali, in accordo con la direzione dell'U.O. di Oculistica, secondo le disponibilità dell'ambulatorio e di collaborare con la segreteria per i problemi di organizzazione e di archivio.

Per tale impegno è previsto un compenso sotto forma di attività libero-professionale di € 15.000,00, da liquidare a presentazione di fattura suddivisa in sestì del totale, dell'importo di € 2.500,00 cadauno e pagata alla scadenza del 3° e del 6° mese di ogni annualità.

d) Segretaria

§ Impegno di soddisfare l'utenza mediante turni ambulatoriali, in accordo con la direzione dell'U.O. di Oculistica, secondo le disponibilità dell'ambulatorio e di collaborare con la segreteria per i problemi di organizzazione e di archivio.

Per tale impegno è previsto un compenso sotto forma di attività libero-professionale di € 15.000,00, da liquidare a presentazione di fattura suddivisa in sestì del totale, dell'importo di € 2.500,00 cadauno e pagata alla scadenza del 3° e del 6° mese di ogni annualità.

A. O. "G. RUMMO" - RENDICONTI
Dott. M. SANITA' ZEPPA - DIRETTORE
Dott. M. SANITA' ZEPPA - DIRETTORE
Dott. M. SANITA' ZEPPA - DIRETTORE
BN 890932

DIRETTORE GENERALE
Dr. Roberto Lanzetta

AZIENDA OSPEDALIERA "G. Rummo" – BENEVENTO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI II LIVELLO (L.R. 11.1.94 n°2)

Via dell'Angelo, 1 – Tel. 0824 57111

COPIA

DELIBERAZIONE N. 1479 DEL 9 NOV. 2004

**OGGETTO: Approvazione del progetto per l'istituzione presso l'Azienda di un
"Centro per educazione e riabilitazione visiva".**

CODICE AREA PROPONENTE: AA.GG. E LEGALI SAG01A 302/04

CENTRO DI COSTO DESTINATARIO: _____

CONTO ECONOMICO PATRIMONIALE: _____

Visto dell'Area Risorse Economiche per
l'assunzione dell'impegno di spesa

Bilancio di previsione anno _____

Visto alla data del _____

Registro Imp. Prov. n. _____

Importo Euro _____

Conto n. _____ ex Cap. _____

Il Dirigente dell'Area Risorse Economiche
(Rag. Giuseppe Chiumiento)

Si attesta che il presente atto corrisponde ai richiesti
requisiti di legittimità ed utilità

Il Dirigente dell'Area AA.GG. e Legali
(Dott. Emilio Bosco)

**Visto per il parere favorevole
del Direttore Amministrativo**
(Dott. Paolo Guidotti)

**Visto per il parere favorevole
del Direttore Sanitario**
(Dott. Donato Saracino)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Loretta Mussi)

IN VIRTU'

dei poteri conferiti dal Presidente della Regione Campania con DPG del 31/12/2000 n. 8376;

VISTI

- il D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, quali da ultimo recate con il D.Lgs n. 229/99;

- la Legge n. 284 del 28/08/1997 relativa a "Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati" la quale all'art. 1 destina uno apposito stanziamento per la attuazione di 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 della detta Legge il quale attribuisce parte dello stanziamento di cui al citato art. 1 alle regioni per la realizzazione delle indicate iniziative da attuare mediante la creazione di nuovi centri laddove questi non esistano;

- l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 35 del 12/04/2001;

- il progetto presentato dal Direttore della U.O. di Oculistica dell'Azienda, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, per l'istituzione, in virtù di quanto stabilito dalla detta normativa, di un "Centro per educazione e riabilitazione visiva" al fine di poter adeguatamente soddisfare le esigenze clinico - assistenziali di un notevole numero di ipovedenti presenti nella Provincia di Benevento, anche in considerazione della assenza nell'ambito della Regione Campania di una tale iniziativa;

RITENUTA

pertanto, la detta proposta rispondente alla richiesta di assistenza dell'utenza residente nella Provincia di Benevento in considerazione dell'assenza nell'ambito della Regione Campania di una analoga iniziativa, nonché rispondente il progetto allegato ai requisiti organizzativi, strutturali e funzionali previsti dalla detta Legge n. 284/1997;

ACQUISITI

il parere favorevole del Direttore Amministrativo ed il parere favorevole del Direttore Sanitario;

VISTO E RITENUTO tutto quanto precede parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

**IL DIRETTORE GENERALE
DELIBERA**

Di approvare il progetto presentato dal Direttore della U.O. di Oculistica ai sensi di quanto disposto dalla Legge n. 284/1997, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per l'istituzione di un "Centro per educazione e riabilitazione visiva", presso l'Azienda, al fine di soddisfare le esigenze clinico assistenziali di un numero notevole di ipovedenti presenti nella Provincia di Benevento anche in considerazione della assenza nella Regione Campania di un analoga iniziativa;

Di inoltrare il detto progetto all'Assessorato alla Sanità per la relativa valutazione subordinando l'attivazione del Centro per l'educazione e la riabilitazione visiva all'assenso del detto organismo regionale;

Di trasmettere copia della presente Deliberazione al Collegio Sindacale.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Loretta Mussi





**A.R.O.N. "G. RUMMO"
U.O. di OCULISTICA**

Direttore: Dott.ssa M.S. ZEPPA

Tel. 0824 57442

Prot. n. _____ del _____

**Alla cortese attenzione
dell'Assessore alla Sanità
Dott.ssa ROSALBA TUFANO
C/o Assessorato alla Sanità
Centro Direzionale Isola C3
Napoli**

La sottoscritta, Dott.ssa Maria Sanità Zeppa, Direttore della U.O.C. dell' Azienda Ospedaliera " G. Rummo ", con la coadiuvazione del Dott.re Rosario Nasti, vista la necessità di dovere sopperire alle esigenze di un cospicuo numero di ipovedenti nella provincia di Benevento (412 solo gli iscritti all'U.I.C.)

CHIEDE

di poter istituire presso l'U.O. da Lei diretta un

"CENTRO PER EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA"

facendo riferimento alla legge 28 Agosto 1997, n. 284 e alla conferenza STATO-Regioni dell'aprile 2004, e CHIEDE ancora di usufruire dei benefici previsti dalla legge stessa.

All'uopo fa presente che in Campania non è presente alcuno dei centri su citato e allega mappa dei centri presenti in Italia.

L'istituzione di un Centro per l'educazione e riabilitazione visiva degli ipovedenti è di possibile attuazione nell'A.O. Rummo di Benevento poiché sono presenti tutte le figure professionali previste dai protocolli del G.I.S.I. (Gruppo Italiano Studio Ipovisione)

Si allega, quindi, un progetto per l'attuazione di quanto richiesto.

Il Direttore U.O.C. Oculistica

Dott.ssa Maria Sanità Zeppa

Il Direttore Generale

Dott.ssa Loretta Mussi

esente deliberazione viene trasmessa all'Area Affari Generali – Ufficio Gestione Delibere - per i
vedimenti consequenziali, in data _____

L'ADDETTO ALLE DELIBERE

IL SEGRETARIO

Area Affari Generali – Ufficio Gestione Delibere:

Si attesta che copia della presente deliberazione:

- è stata pubblicata all'albo di questa Azienda in data _____;
- è rimasta affissa dal _____ al _____ senza che pervenisse alcun
reclamo contro la medesima;
- è stata trasmessa al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n° _____;
- è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo il _____ con nota
prot. n° _____;

Il presente provvedimento

_____ è diventato _____ esecutivo il _____ per _____
non è diventato _____

IL RESPONSABILE

PER COPIA *dy* CONFORME



**A.R.O.N. "G. RUMMO"
U.O. di OCULISTICA**

Direttore: Dott.ssa M.S. ZEPPA

Tel. 0824 57442

Prot. n. _____ del _____

**Alla cortese attenzione
dell'Assessore alla Sanità
Dott.ssa ROSALBA TUFANO
C/o Assessorato alla Sanità
Centro Direzionale Isola C3
Napoli**

La sottoscritta, Dott.ssa Maria Sanità Zeppa, Direttore della U.O.C. dell' Azienda Ospedaliera " G. Rummo ", con la coadiuvazione del Dott.re Rosario Nasti, vista la necessità di dovere sopperire alle esigenze di un cospicuo numero di ipovedenti nella provincia di Benevento (412 solo gli iscritti all'U.I.C.)

CHIEDE

di poter istituire presso l'U.O. da Lei diretta un

"CENTRO PER EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA"

facendo riferimento alla legge 28 Agosto 1997, n. 284 e alla conferenza STATO-Regioni dell'aprile 2004, e CHIEDE ancora di usufruire dei benefici previsti dalla legge stessa.

All'uopo fa presente che in Campania non è presente alcuno dei centri su citato e allega mappa dei centri presenti in Italia.

L'istituzione di un Centro per l'educazione e riabilitazione visiva degli ipovedenti è di possibile attuazione nell'A.O. Rummo di Benevento poiché sono presenti tutte le figure professionali previste dai protocolli del G.I.S.I. (Gruppo Italiano Studio Ipovisione)

Si allega, quindi, un progetto per l'attuazione di quanto richiesto.

Il Direttore U.O.C. Oculistica
Dott.ssa Maria Sanità Zeppa

Il Direttore Generale
Dott.ssa Loretta Mussi

ABRUZZO

- L'Aquila** Servizio Ipovisione Ospedale Civile S. Salvatore – 67010 Coppito (Aq)
Dr.ssa Paola Iorio tel. 0862/368660
- Chieti** Servizio Ipovisione. Clinica Oculistica. Università di Chieti. Policlinico Univ.
Colle dell'Ara. Responsabile: Dott. Marcello Rapinese. Tel 0871/358321

CALABRIA

- Catanzaro** Clinica Oculistica del Policlinico Mater Domini, via Campanella n. 115
responsabile Prof. Giovanni Scorcìa

EMILIA ROMAGNA

- Modena** Centro Cervi via Gramsci, 273 tel. 059/3000012
- Parma** Centro Cervi Via N. Bixio, 47/a tel. 0521/233462

FRIULI VENEZIA GIULIA

- Trieste** Centro riabilitazione visiva presso Istituto Regionale per ciechi Rittmeyer Dr. Lovisato
- Udine** Clinica oculistica del Policlinico Universitario di Udine – Viale Venezia, 410
è in via di costituzione un centro diretto dal Prof. Bandello

LAZIO

- Roma** Clinica Oculistica Policlinico Umberto I° - Università La Sapienza -
V.le del Policlinico - 00161 - tel. 06/44869957 - Dr. Filippo Cruciani
Ospedale Oftalmico P.le degli Eroi, 11 – 00136 Roma – Prof. Bruno Lumbroso
- Ospedale Militare ordine Gerosolimitano di Malta Via Bocca di Leone, 58 – 00187 Roma
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – Divisione Oculistica – Palidoro
- Latina** Centro Ipovisione ASL P.zza Celli – 04100 Latina

LIGURIA

- Genova** Istituto David Chiossone – Optics International. Sig. Iurilli
- La Spezia** Centro Ipovisione La Spezia c/o Studio oculistico Via Fiume, 85 tel. 0187/717444

LOMBARDIA

- Bergamo** Centro di Ipovisione – A.O. Ospedali Riuniti, Unità Operativa di Oculistica,
Largo Barozzi, 1 – 24128 Bergamo – Tel. 035/269406
- Centro di educazione visiva – Servizio di Consulenza, Educazione e Riabilitazione Visiva
degli ipovendenti (Cervi) Via S.ta Bartolomea Capitanio 2/e – 24125 Bergamo tel. 035/4243555
- Brescia** Centro di ipovisione – A.O. Ospedali Riuniti, Divisione Oculistica Universitaria,
Piazzale Spedali Civili, 1 – 25123 Brescia – tel. 030/3995310
- Gallarate** Centro Ipovisione – A.O. S. S. Antonio Abate, U.O. di Oculistica,
via Pastori, 4 – 21013 Gallarate (Va) – tel. 0331/751341
- Lecco** Centro di diagnosi, valutazione e riabilitazione dell'ipovedente – IRCCS E. Medea,
Associazione "La Nostra Famiglia", Via Don Luigi Monza, 20
23842 Bosisio Parini (Lc) tel. 031/877111
- Melegnano** Centro di ipovisione – A. O. di Melegnano, Reparto di Oculistica,
Via Sandro Pertini, 24 – 20077 Melegnano (Mi) tel. 02/98052616
- Milano** Centro di riabilitazione visiva – A. O. Ist. Clinici di Perfezionamento, Divisione di Oculistica,
Via Daverio, 6 – 20122 Milano – tel. 02/57992559
- Ambulatorio ARSIO – A. O. Luigi Sacco, Clinica Oculistica,
Via G. B. Grassi, 74 20157 Milano tel. 02/35799386
- Centro di ipovisione – A. O. S. Paolo, Clinica Oculistica Università di Milano,
Via A. Di Rudini, 8 20142 Milano tel. 02/8184401
- Centro di riabilitazione visiva – IRCCS Osp. S. Raffaele, Dipartimento di Oftalmologia e
Scienza della Visione, Via Olgettina, 60 – 20132 Milano – tel. 02/26433512
- Centro di ipovisione – A. O. Righuarda Ca' Granda, U.O. di Oculistica
P.zza Osp. Maggiore, 3 20162 Milano – tel. 02/6444-2254 o 2108 età adulta,
tel. 02/6444-2520 o 2624 età evolutiva
- Centro di ipovisione – Centro Medico Italiano – Servizio Cervi,
Via S. Pietro all'Orto, 3 – 20122 Milano – tel. 02/76009801
- Pavia** Centro di Neuroftalmologia dell'età evolutiva – IRCCS Ist. Neurologico C. Mondino,
Div. Neuropsichiatria Infantile, Via Palestro, 3 – 27100 Pavia – Tel. 0382/380235
- Centro di riabilitazione visiva – IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri,
via Palestro, 26 – 27100 Pavia - tel. 0382/5921
- Varese** Servizio di riabilitazione visiva per ipovedenti – A. O. Osp. di Circolo Fondazione Macchi,
Divisione di Oculistica, Viale Borri, 57 – 21100 Varese tel. 0332/278217
(per l'età evolutiva, il Centro collabora con la Fondazione Hollman di Cannero – Verbania)

SICILIA

- Catania** Gabinetto oculistico c/o Sezione Provinciale Via G. B. Grassi, 12
- Messina** Gabinetto oculistico c/o Sezione Provinciale Via Santa Cecilia, 98
- Palermo** Gabinetto oculistico c/o Sezione Provinciale Via Manzoni 11

TOSCANA

- Firenze** Centro Regionale di Educazione e riabilitazione visiva
via Modigliani, 123 – 50142 Firenze – tel. 055/7830796
- Pisa** Centro Regionale di Educazione e Riabilitazione Visiva c/o Unione Italiana dei Ciechi
via C. Battisti, 5 – 56100 Pisa – tel. 050/502082

UMBRIA

- Perugia** Clinica Oculistica dell'Università degli Studi di Perugia – Ospedale Policlinico

VAL D'AOSTA

- Aosta** Ospedale Regionale V.le Ginevra, 3 tel. 0165/5431 Responsabile dr. Palumbo

VENETO

- Belluno** Centro di Ipovisione c/o Ospedale San Martino
V.le Europa Dr. Cappello tel. 0437/216602-216402
- Padova** Centro di Riabilitazione Visiva Ipovedenti c/o Istituto L. Configliachi
via Sette Martiri, 33 Dr. Sato tel. 049/8711718
- Verona** Centro Ipovedenti c/o Unione Italiana dei Ciechi Via Trainotti, 1 Dr. Casati tel. 045/8003172
- Padova** Centro Regionale per Ipovisione infantile c/o Dipartimento di Pediatria dell'Università
di Padova – Via Giustiniani, 3 Dr.ssa Pinello tel. 049/8213567

PROGETTO

CENTRO PER EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA

Si intende per ipovedente la persona portatrice di una disabilità visiva di entità tale da non consentire lo svolgimento delle comuni attività della vita quotidiana. Questa disabilità consegue ad una patologia irreversibile, che non può essere migliorata attraverso trattamenti farmacologici, chirurgici, né corretta mediante lenti convenzionali. L'ipovedente è il destinatario elettivo di interventi che, nel loro insieme, vengono definiti riabilitazione funzionale e visiva.

Obiettivo essenziale di questa riabilitazione è quello di conservare le potenzialità visive residue, ottimizzandone l'uso per il mantenimento dell'autonomia, delle attività proprie dell'età e di un livello di vita soddisfacente. La più importante distinzione operativa in questo settore concerne la differenza esistente tra soggetti in età evolutiva e soggetti in età adulta, sia in relazione agli obiettivi di intervento sia in relazione alle modalità di attuazione dei trattamenti. Per l'età evolutiva, l'obiettivo può essere infatti definito più specificatamente in termini di prevenzione secondaria (ovvero prevenzione delle interferenze della disabilità visiva sullo sviluppo) e di piena realizzazione delle potenzialità.

Da quanto premesso, da un punto di vista operativo, emerge la necessità di suddividere ulteriormente le due principali fasce di età (evolutiva e adulta) in relazione ai differenti bisogni.

A) RIABILITAZIONE FUNZIONALE VISIVA PER PAZIENTI IN ETÀ EVOLUTIVA (0-18 ANNI)

In questa fascia di età una particolare attenzione va dedicata alla prima e seconda 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.

In questa fascia di età, oltre alle competenze dell'area oftalmologia, potrà pertanto rendersi necessaria la collaborazione con operatori della Neuropsichiatria Infantile (Struttura Semplice presente nell'Azienda Rummo).

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 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.

B) RIABILITAZIONE FUNZIONALE VISIVA PER PAZIENTI IN ETA' 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.

Sulla base delle tipologie sopra indicate, per offrire all'ipovedente il miglior servizio possibile è necessario effettuare dei controlli di qualità sui trattamenti erogati. Una verifica dei risultati al termine del trattamento, effettuata utilizzando gli stessi test usati all'inizio, può evidenziare se l'obiettivo è stato raggiunto completamente o solo in parte.

La raccolta di questi dati aiuterà ad aggiornare costantemente le metodologie in uso e a valutare lo standard qualitativo del servizio. Le informazioni raccolte durante il "follow-up" completeranno questa valutazione.

1) Metodi per l'analisi funzionale e visiva di ipovedenti (età evolutiva)

- 1.1 - Guida alla valutazione delle abilità oculomotorie
- 1.2 - Protocollo di valutazione oftalmologica

1.3 - Protocollo di valutazione neuropsicosensoriale

2) Metodi per l'analisi funzionale e visiva di ipovedenti (età adulta)

1.1 – Diagnosi Clinica Visivo-Funzionale

1.2 – Valutazione Visivo-Funzionale

3) Figure professionali e loro funzioni (età evolutiva)

3.1 – Oftalmologo:

- 1- Diagnosi oculistica
- 2- Valutazione oftalmologia
- 3- Prognosi visiva
- 4- Prescrizioni ausili
- 5- Stesura progetto riabilitativo (con Neuropsichiatra Infantile)
- 6- Controlli clinici

3.2 – Neuropsichiatra Infantile

- 1- Valutazione neuropsicosensoriale
- 2- Valutazione Neuropsichiatrica infantile
- 3- Bilancio funzionale (con Psicologo, Pedagogista e Terapisti)
- 4- Prognosi di sviluppo
- 5- Stesura progetto riabilitativo (con Oftalmologo)
- 6- Controllo bilancio-funzionale

3.3 – Psicologo

- 1- Valutazione assetto emotivo-relazionale
- 2- Bilancio funzionale (con Neuropsichiatra Infantile)

3.4 – Pedagogista

- 1- Bilancio funzionale (con Neuropsichiatra Infantile)
- 2- Valutazione apprendimento
- 3- Programmazione strategie didattiche

3.5 – Ortottista

- 1- Collaborazione alle procedure diagnostiche oftalmologiche

- 2- Trattamenti ortottici
- 3- Collaborazione a interventi di riabilitazione visiva
- 4- Addestramento per l'orientamento e la mobilità
- 5- Riabilitazione neuropsicosensoriale (con Terapisti della Riabilitazione)
- 6- Addestramento all'uso degli ausili prescritti

3.6 – Terapisti della Riabilitazione (logopedista, psicomotricista)

- 1- Collaborazione al bilancio funzionale
- 2- Trattamenti specifici
- 3- Riabilitazione neuropsicosensoriale (con Operatore di ipovisione)

3.7 – Assistente Sociale

- 1- Inserimento scolastico
- 2- Procedure burocratiche
- 3- Counseling alla famiglia (con Psicologo)

3.8 – Infermiere Professionale

- 1- Gestione agenda appuntamenti
- 2- Interventi paramedici

4) Figure professionali e loro funzioni (età adulta)

4.1 – Oftalmologo:

Inquadramento diagnostico-funzionale

- 1- Quantificazione della disabilità visiva
- 2- Prognosi sulle possibilità di recupero
- 3- Prescrizione trattamento riabilitativo
- 4- Prescrizione ausilio
- 5- Monitoraggio clinico

4.2 – Psicologo

Valutazione psico-strutturale del paziente ipovedente

- 1- Livello culturale
- 2- Interessi o motivazioni
- 3- Grado di difficoltà vissute

4.3 – Ortottista:

Attuazione dei trattamenti

- 1- Attività tiflogiche
- 2- Trattamenti di riabilitazione visiva
- 3- Attività di orientamento e mobilità
- 6- Controllo della qualità – follow-up

METODI PER L'ANALISI FUNZIONALE E VISIVA (IPOVEDENTI IN ETA' EVOLUTIVA)

1- Guida alla valutazione delle abilità oculomotorie (Protocollo di valutazione neuropsicosensoriale)

- 1) **POSIZIONE PREFERENZIALE DEGLI OCCHI IN AMBIENTE LIBERO:** si valuta se il bambino mantenga abitualmente un orientamento preferenziale dello sguardo prima che gli vengano proposti stimoli specifici. Viene osservata all'ingresso del bambino in ambiente d'esame.
- 2) **ATTENZIONE VISIVA DIFFUSA:** si valuta se il bambino utilizza il canale visivo come strumento per raccogliere informazioni dell'ambiente.

- a) si osserva se spontaneamente il bambino attiva un'attenzione visiva diffusa per stimoli visivi posti nelle diverse aree spaziali. Gli stimoli utilizzati sono: luce in ambiente ecologico (differenziato in luce naturale e luce artificiale), volto dell'esaminatore e oggetti di varia natura.

Nel caso in cui l'attenzione visiva diffusa spontanea sia debole, cioè inferiore a 3", o non sia rilevabile, occorre determinare se essa può essere migliorata o indotta utilizzando:

- in successione nelle cinque aree dello spazio:
 - 1 - Sfondo strutturato (per sfondo strutturato si intende scacchiera con quadri 3 x 3 e misure 30 x 42 cioè A3),
 - 2 - Stimolo sovrapposto alla scacchiera,
 - 3 - Stimolo isolato.

La prova viene effettuata con questa successione per valutare se, una volta sottoposto il bambino allo stimolo su sfondo strutturato, aumentino i tempi di fissazione dello stimolo senza sfondo.

Movimento dello Stimolo

Particolari contrasti di colore (pallina rossa su sfondo verde, pallina blu su sfondo giallo, pallina nera su sfondo bianco). Le palline devono essere appese ad un filo trasparente e il filo deve essere attaccato ad un bastoncino di plexiglass per evitare che lo sguardo venga attratto da questo.

Mira luminosa in ambiente buio per esaltare il contrasto

Andrà segnalato se il bambino presenta o manifesta un'attenzione visiva diffusa per uno o più stimoli e per i quali tra questi manifesta una preferenza, specificando se è possibile le caratteristiche di quello preferito (colore, dimensione, etc.).

- 3) **AREA VISIVA PREFERENZIALE:** si osserva se il bambino usa preferibilmente un'area visiva.

In questo caso sarà necessario segnalarne la localizzazione. La valutazione viene effettuata sia per stimoli posti vicino al bambino sia per stimoli più lontani.

- 4) **CAMPO DI SGUARDO:** si considera l'ampiezza del campo di sguardo ponendo inaspettatamente, ai margini del campo visivo periferico, uno stimolo rappresentato da una pallina rossa di 2 cm di diametro posta ad un'estremità di un lungo bastoncino di plexglass.

- 5) **DISTANZA PREFERENZIALE DELLO STIMOLO:** viene utilizzato lo stimolo che il bambino in precedenza ha dimostrato di preferire e andrà segnalata la distanza alla quale il bambino perde l'interesse visivo per l'oggetto.

6) SACCADI:

6 a) Movimenti oculari nell'ambito di reazioni di orientamento: vanno rilevati per stimoli sonori e per stimoli tattili posti nei diversi quadranti dello spazio.

6 b) Saccadi spontanei: movimenti oculari di ricerca davanti ad uno schermo bianco.

6 c) Saccadi localizzati: vengono utilizzati stimoli visivi che compaiono nel campo visivo periferico.

6 d) Andrà valutata la possibilità di compiere movimenti di attrazione maculomaculare se non si è ottenuta risposta nella prova precedente.

6 e) Saccadi di esplorazione: vanno ricercati guidando verbalmente il bambino oppure osservando il comportamento oculomotorio d'esplorazione per uno stimolo complesso di grandi dimensioni.

- 7) **COORDINAZIONE DINAMICA DEI MOVIMENTI SACCADICI:** questa prova ha l'obiettivo di valutare l'integrazione dei sottosistemi modulari che stabilizzano gli occhi durante i movimenti del capo.

- 8) **FISSAZIONE**: va valutata utilizzando lo stimolo per il quale il bambino in precedenza ha dimostrato una preferenza per l'aggancio visivo.
- 9) **MANTENIMENTO DELLA FISSAZIONE**: all'interno di questa prova andrà valutata la capacità del bambino di stabilizzare dinamicamente la fovea sul bersaglio in condizioni di perturbazione del capo attraverso il tronco.
- 10) **PURSUIT**: per valutare il movimento oculare di inseguimento spostando lo stimolo nello spazio.
- 11) **ORGANIZZAZIONE DELLA MOTRICITA' FINALIZZATA ALL'ESPLORAZIONE**: andrà valutato il canale percettivo (tattile, sonoro o visivo) che attiva nel bambino un comportamento di esplorazione dell'ambiente osservando la funzione dell'arto superiore e la modalità di spostamento nell'ambiente.
- 12) **DISAGIO PERCETTIVO MULTIMODALE**: va osservato se il bambino appare disturbato da afferenze sensitive o sensoriali provenienti contemporaneamente da diversi canali percettivi.

3.2 PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE OFTALMOLOGICA

◇ Acuità visiva (con correzione) per lontano

- | | | | | |
|--|--|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Valutazione comportamentale della funzione visiva | ☐ Teller - | ☐ Bust Card | | |
| ☐ Vist test - | ☐ Pigassou (figurine) | ☐ E - | ☐ Lettere | ☐ LH Test |
- OD
- OS
- OO
- Posizione Anomala del Capo
- ☐ Non valutabile
- ☐ Non valutata

◇ Acuità visiva (con correzione) per vicino simboli (es. Stycar, ecc.)

- | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Vist Test | ☐ Limoli | ☐ LH Test |
| OD | distanza | |
| OS | distanza | |
| OO | distanza | |
| PAC | | |
| ☐ Non valutabile | ☐ Non valutata | |

◇ Acuità visiva (con correzione) per vicino testo

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Limoli | ☐ Keeler | ☐ Otto-tipo B |
| OD | distanza | |
| OS | distanza | |
| OO | distanza | |
| PAC | | |
| ☐ Non valutabile | ☐ Non valutata | |

◇ Sensibilità al contrasto (L.H. Test)

◇ Strabismo

- | | | | |
|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | ☐ no | ☐ od | ☐ os |
| <u>Tropie</u> | ☐ esotropia | ☐ od | ☐ os |
| | ☐ exotropia | ☐ od | ☐ os |
| | ☐ ipertropia | ☐ od | ☐ os |
| | ☐ ipotropia | ☐ od | ☐ os |

Deviazione ad angolo variabile ☐ si ☐ no

DVD ☐ si ☐ no

◇ **Nistagmo** ☐ no ☐ pendolare ☐ a scosse ☐ misto
☐ verticale ☐ rotatorio ☐ manifesto ☐ latente

Refrazione:

OD: sf. cil. →

OS: sf. cil. →

◇ Segmento Anteriore

OD:

OS:

◇ **Fundus:**

OD:

OS:

◇ **Fotografia del Fundus** ☐ sì ☐ no

☒ SLO ☐ sì ☐ no

◇ **Videoftalmoscopia** ☐ sì ☐ no

◇ Analisi della condizione oculo-motoria mediante videoregistrazione

□ Eseguita

☐ Non eseguibile

motivo.....

◇ Percezione del colore

☐ Denominazione

☐ Test di Ishihara.....

☐ Farnsworth 28

☐ Anomaloscopia

☐ Non valutabile

☐ Non valutato

◇ **Campo visuale di sguardo:**

- Imbuto

- Palline

☐ Non valutabile

☐ Non valutato

☐ scotoma centrale

restringimento

☐ emianopsia

scotomi

◇ Campo visivo:

Goldmann	☐	scotoma centrale	☐	restringimento
	☐	emianopsia	☐	scotomi

Perimetria statica automatica	☐	scotoma centrale	☐	restringimento
	☐	emianopsia	☐	scotomi

☐	Non valutabile	☐	Non valutato
--------------------------	----------------	--------------------------	--------------

◇ Adattometria

☐	normale	☐	patologica
--------------------------	---------	--------------------------	------------

◇ Esami elettrofisiologici:

• PEV: OD: ☐ normale ☐ ridotta ampiezza ☐ aumentata latenza ☐ estinto
OS: ☐ normale ☐ ridotta ampiezza ☐ aumentata latenza ☐ estinto

• ERG
Fotopico OD: ☐ normale ☐ ridotta ampiezza ☐ estinto
OS: ☐ normale ☐ ridotta ampiezza ☐ estinto

• ERG
Scotopico OD: ☐ normale ☐ ridotta ampiezza ☐ estinto
OS: ☐ normale ☐ ridotta ampiezza ☐ estinto

• EOG: OD:
OS:

EEG: ☐ normale ☐ attività di fondo non adeguata all'età ☐ anomalie lente focali
☐ anomalie lente bilaterali o multifocali ☐ anomalie epilettiformi focali
☐ anomalie epilettiformi bilaterali o multifocali

3.3 PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE NEUROPSICOSENSORIALE

(riferita alla dizione "Analisi funzionale")

ABILITA' OCULOMOTORIE

1. Postura preferenziale durante l'osservazione

.....
.....
.....

2. Movimenti oculari spontanei di esplorazione ambientale

.....
.....

3. Posizione preferenziale degli occhi a riposo

.....
.....

4. Posizione preferenziale degli occhi in ambiente libero SI ☐ NO ☐

5. Attenzione visiva diffusa:

spontanea ☐

indotta ☐

Attenzione visiva diffusa per stimoli:			
- luce in ambiente con luminosità artificiale ☐		- luce in ambiente con luminosità naturale ☐	
pila da 0,5 cm	☐	pila da 0,5 cm	☐
pila da 5 cm	☐	pila da 5 cm	☐
pila da 15 cm	☐	pila da 15 cm	☐
- volto dell'esaminatore	☐	- oggetti vari	☐

migliorata da
indotta ☐

assente ☐ invalutabile ☐

Tramite facilitazione all'interesse visivo:

- scacchiera (misura 30x42 scacchi 3x) ☐
- per target su sfondo strutturato ☐
- con movimento target ☐
- con elementi a contrasto ☐
 - bianco/nero ☐
 - rosso/verde ☐
 - giallo/blu ☐

6. AREA VISIVA PREFERENZIALE

SI ☐ NO ☐

per vicino Tubulare ☐ invalutabile ☐

Sn	☐	Dx	☐
Alto	☐	Basso	☐

per lontano
(oltre 50 cm) Invalutabile ☐

Sn	☐	Dx	☐
Alto	☐	Basso	☐

7. CAMPO DI SGUARDO

INDENNE ☐

LIMITATO A sn ☐ dx ☐ alto ☐ basso ☐

8. DISTANZA PREFERENZIALE DELLO STIMOLO (individuato al punto 2)

- inferiore a 30 cm ☐
- tra 30 e 50 cm ☐
- superiore a 50 cm ☐

9) SACCADICI:

9a) SPONTANEI

Assenti verso dx ☐ verso sn ☐ Presenti ☐
Assenti in alto ☐ in basso ☐

9 b) DI LOCALIZZAZIONE

-evocabili per stimoli sonori si ☐ no ☐ dx ☐ sn ☐
alto ☐ basso ☐

-evocabili per stimoli tattili si ☐ no ☐

indotti ☐ volto dx ☐ sn ☐
autoindotti ☐ coscia dx ☐ sn ☐
mano dx ☐ sn ☐

- evocabili per stimoli visivi intermedi (15-30°) si ☐ no ☐
deficitari dx ☐ sn ☐

-evocabili per stimoli visivi periferici (superiori ai 30°):

1) *A CAPO LIBERO*

dx	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
sn	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
alto	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
basso	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐

2) *A CAPO APPOGGIATO*

dx	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
sn	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
alto	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
basso	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐

3) *A CAPO BLOCCATO*
(solo se il b.no è disponibile)

dx	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
sn	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
alto	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
basso	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐

9c) INTENZIONALI DI ESPLORAZIONE

1) *A CAPO LIBERO*

dx	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
sn	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
alto	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
basso	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐

2) *A CAPO APPOGGIATO*

dx	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
sn	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
alto	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐
basso	metriche ☐	dismetriche ☐	costanti ☐	occasionali ☐	assenti ☐

3) A CAPO BLOCCATO

dx	metriche	☐	dismetrie	☐	costanti	☐	occasionali	☐	assenti	☐
sn	metriche	☐	dismetrie	☐	costanti	☐	occasionali	☐	assenti	☐
alto	metriche	☐	dismetrie	☐	costanti	☐	occasionali	☐	assenti	☐
basso	metriche	☐	dismetrie	☐	costanti	☐	occasionali	☐	assenti	☐

9d) COORDINAZIONE DINAMICA DEI MOVIMENTI SACCADICI

1) IN CONDIZIONI DI STABILITA' DEL TRONCO

Con capo e occhi coordinati ☐ incoordinati ☐

Solo con gli occhi (per inibire il VOR) ☐

Il capo trascina gli occhi (utilizzo VOR) ☐

Il capo stabilizza gli occhi ☐

2) IN POSIZIONE DI DISEQUILIBRIO

*A VELOCITA' REGOLARE

- con capo e occhi coordinati ☐ incoordinati ☐

- solo con gli occhi (per inibire VOR) (in questo caso provare a capo fisso) ☐

- il capo trascina gli occhi (utilizzo VOR) ☐

- il capo stabilizza gli occhi ☐

- mantiene una postura privilegiata per inibire il VOR ☐

*CON SPOSTAMENTI RAPIDI

- con capo e occhi coordinati ☐ incoordinati ☐

- solo con gli occhi (per inibire VOR) ☐

- il capo trascina gli occhi (utilizzo VOR) ☐

- il capo stabilizza gli occhi ☐

- mantiene una postura privilegiata per inibire il VOR ☐

10) FISSAZIONE

presente ☐

assente ☐

instabile ☐

10a) A CAPO LIBERO:

Alto si ☐ no ☐

Alto si ☐ no ☐

Dx si ☐ no ☐

Dx si ☐ no ☐

Foveale ☐	Centro	si	☐	no	☐	Eventuale deviazione controlaterale del capo
	Sn	si	☐	no	☐	Sn si ☐ no ☐
	Basso	si	☐	no	☐	Basso si ☐ no ☐
	Alto	si	☐	no	☐	Alto si ☐ no ☐
	Dx	si	☐	no	☐	Dx si ☐ no ☐

Periferica ☐	Centro	si	☐	no	☐	Eventuale deviazione controlaterale del capo
	Sn	si	☐	no	☐	Sn si ☐ no ☐
	Basso	si	☐	no	☐	Basso si ☐ no ☐

10b) A CAPO APPOGGIATO

Alto	si	☐	no	☐	Alto si ☐ no ☐
Dx	si	☐	no	☐	Dx si ☐ no ☐

Foveale ☐	Centro	si	☐	no	☐	Eventuale deviazione controlaterale del capo
	Sn	si	☐	no	☐	Sn si ☐ no ☐
	Basso	si	☐	no	☐	Basso si ☐ no ☐
	Alto	si	☐	no	☐	Alto si ☐ no ☐
	Dx	si	☐	no	☐	Basso si ☐ no ☐

Periferica ☐	Centro	si	☐	no	☐	Eventuale deviazione del capo
	Sn	si	☐	no	☐	Sn si ☐ no ☐
	Basso	si	☐	no	☐	Basso si ☐ no ☐

10c) A CAPO FISSO

Alto	si	☐	no	☐	Alto si ☐ no ☐
Dx	si	☐	no	☐	Dx si ☐ no ☐

Foveale ☐	Centro	si	☐	no	☐	Eventuale deviazione controlaterale del capo
	Sn	si	☐	no	☐	Sn si ☐ no ☐
	Basso	si	☐	no	☐	Basso si ☐ no ☐
	Alto	si	☐	no	☐	Alto si ☐ no ☐
	Dx	si	☐	no	☐	Dx si ☐ no ☐

Periferica ☐ Centro si ☐ no ☐ Tentativo di deviazione del capo

Sn si ☐ no ☐

Sn si ☐ no ☐

Basso si ☐ no ☐

Basso si ☐ no ☐

11) MANTENIMENTO DELLA FISSAZIONE

11a) IN CONDIZIONI DI PERTURBAZIONE DEL CAPO ATTRAVERSO IL TRONCO

A velocità costante	{	-invalutabile				
		-latero/laterale	SI ☐	NO ☐	deficitaria ☐	
		-antero/posteriore	SI ☐	NO ☐	deficitaria ☐	
		-rotatoria	SI ☐	NO ☐	deficitaria ☐	
A velocità variabile	{	-latero-laterale	SI ☐	NO ☐	deficitaria ☐	
		-antero/posteriore	SI ☐	NO ☐	deficitaria ☐	
		-rotatoria	SI ☐	NO ☐	deficitaria ☐	

11b) CAPACITA' DI INIBIRE LA FISSAZIONE ALLA COMPARSА DEL SECONDO TARGET (ne coglie la presenza)

SI ☐ NO ☐

-iperfissazione

SI ☐ NO ☐

PURSUIT

- a capo libero

Centro dx	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro sn	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro alto	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro basso	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐

- a capo appoggiato

Centro dx	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro sn	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro alto	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro basso	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐

-a capo bloccato

Centro dx	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro sn	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro alto	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐
Centro basso	assente ☐	presente ☐	fluido ☐	instabile ☐

- eventuali movimenti compensatori
all'inseguimento:

del capo ☐

degli occhi: ☐

-saccadici ☐

-ammicciamento ☐

-altro ☐

12) ORGANIZZAZIONE DELLA MOTRICITA' FINALIZZATA ALL'ESPLORAZIONE

12a) ARTO SUPERIORE

-stimolo preferenziale tattile ☐ sonoro ☐ visivo ☐
-controllo visivo del movimento presente ☐ assente ☐ deficitario ☐

12b) SPOSTAMENTI

assenti ☐ afinalistici ☐ raggiung. di fonti luminose ☐ per obiettivi ☐
controllo visivo dello spostamento ☐ presente ☐ assente ☐ deficitario ☐

12c) EVITAMENTO DI OSTACOLI

di dimensioni.....in quale spazio.....

previsti SI ☐ NO ☐
occasionalmente SI ☐ NO ☐

13) DISAGIO PERCETTIVO MULTIMODALE

SI ☐ NO ☐

se si specificare il canale percettivo ottimale

visivo ☐
tattile ☐
sonoro ☐

Allegato B

4. METODI PER L'ANALISI FUNZIONALE E VISIVA (ipovedenti in età adulta)

4.1 DIAGNOSI CLINICA VISIVO-FUNZIONALE

Referti presentati: CV__ FAG__ ERG__ PEV__ EOG__ ICGA__

LONTANO

☐ Patologia causa della minorazione _____

☐ Altre patologie oculari: sì__ no__

☐ Altre patologie non oculari: sì__ no__

☐ Occhio migliore: OD__ OS__ Uguali__

ODV sf. cil. asse Occhiali__ Lac__ IOL__

OSV sf. cil. asse Occhiali__ Lac__ IOL__

DISTANZA: 2MT.__ 4MT.__

☐ Peggioramento: Graduale__ Improvviso__

☐ Visione stabile: sì__ no__

☐ Ipovisione: Centrale__ Periferica__

Strumenti:

Ottotipo ETRS

- È la tavola ottotipica a scansione logaritmica più comune
- Può essere usata a 2 e 4 metri

Note: è necessario che la tavola sia posta esattamente alla distanza prescritta e che venga posizionata all'altezza della testa del paziente. L'acuità visiva per la distanza consente di calcolare quale ingrandimento teorico potrà essere utile al paziente per leggere il carattere di stampa. Sarebbe, perciò, opportuno effettuare anche una valutazione senza l'illuminazione retrostante per verificare se l'ingrandimento teorico ottenuto in condizioni luminose ottimali non si modifica nelle condizioni più frequenti di impegno visivo (scritte nere su carta).

4.2 VALUTAZIONE VISIVO-FUNZIONALE

VICINO

- ☐ Ingrandimento teorico per la lettura del carattere di stampa ____ x *
- ☐ Ingrandimento A ____ (tavola di Keeler); M ____ (tavola di Colenbrander);
OttotIPO ____ MNREAD (Italian Chart) **
- ☐ Testo ingrandito: tempo di lettura ____ min. tipo testo _____ ***

ODx add. sf. cil..... asse filtro..... Keeler__ Colenbrander__ OttotIPO

OSx add. sf. cil..... asse filtro..... Keeler__ Colenbrander__ OttotIPO

Referto funzionale per l'invio alla Riabilitazione Visiva: *****

1. È motivato, ma non riesce a svolgere il compito richiesto.
2. Raggiunge il risultato richiesto in modo adeguato.
3. Ha difficoltà, ma non sembra interessato.
4. Ha difficoltà, ma c'è una persona che può aiutarlo.

Note:

- * L'ingrandimento teorico per la lettura del carattere di stampa si ottiene dividendo il visus minimale della lettura del corpo 8 (0.30) per il visus residuo ottenuto con la tavola per distanza. Ad esempio il paziente vede 1/10 per lontano (0.1) = $0.3 / 0.1 = 3x$
- ** Verificate che la distanza di lettura corrisponda alla lente inserita per il vicino e che l'illuminazione sia di 500 lux.
- *** Stabilite il tempo di lettura in frazioni di 3 minuti, indicando il tipo di testo. (scolastico, di narrativa, articolo di giornale, guida telefonica, foglietto illustrativo farmaci, testi calibrati Orian Backman, ecc.).
- **** L'invio al centro di Riabilitazione Visiva (R.V.) può generare nel paziente aspettative a volte eccessive. Le risposte 1 e 4 possono essere indicative per un progetto di R.V. efficace, mentre 2 e 3 possono suggerire interpretazioni diverse. Ad esempio, in caso di risposta 2, se il paziente utilizza strategie spontanee sufficienti a soddisfare le proprie necessità, potrebbe essere deluso dai risultati ottenuti con la R.V.!

SENSIBILITÀ AL CONTRASTO

Pelli-Robson Letter Sensitivity Chart

Gruppo di lettere riconosciuto:	90	74
	61	50
	41	34
	28	23
	18	15
	12	10
	08	07
	06	05

Note: Il soggetto deve nominare le lettere partendo dalla prima in alto a sinistra e leggendo da sinistra a destra. Si deve far leggere fino a quando non vengono commessi due errori nello stesso gruppo. La soglia della sensibilità sarà uguale all'ultimo gruppo di due o tre lettere lette correttamente.

SENSIBILITÀ CROMATICA

Test di Fansworth - Munsell: da somministrare a pazienti con visus superiore a 0.3

[illegible]

PERIMETRIA

Indicazioni ricevute:

PERIMETRO:

TEST:

Humphrey: 10/2 difetto centrale
24/2 difetto centrale
120pt. difetto periferico (3- zone)

Octopus 101: M 1 – M 2 per difetto centrale
07 per difetto periferico
low vision

Goldmann: mira V/4; III/4; II/4 (in caso di buon campo visivo residuo, I/4 e I/3)

1) IPOVISIONE CENTRALE

Le indagini vertono sia, sull'analisi oggettiva dello scotoma centrale (estensione, profondità) e della Fissazione Retinica Preferenziale o FRP sia, mediante test empirici (orologio per astigmatismo) e valutazione ortottica, con particolare riferimento all'orientamento dello sguardo, allo studio delle saccadi, delle vergenze e della dominanza oculare.

Segue la valutazione e la scelta dell'ausilio per ipovedente più idoneo per lontano e per vicino e la stesura del programma riabilitativo che, per quanto ampiamente adattabile alle specifiche esigenze del paziente, mira essenzialmente a riorganizzare coscientemente la percezione visiva a partire da aree retiniche sane ma con minore capacità discriminativa.

2) IPOVISIONE PERIFERICA

Le indagini vertono sull'esame del campo visivo eseguito sia con tecnica cinetica che statica, sia monoculare che binoculare per individuare l'effettiva area residua di visione. Oltre alla valutazione di filtri selettivi adeguati per la visione diurna e crepuscolare, è in fase di valutazione l'efficacia dell'impiego di lenti prismatiche per emianopsia e per riduzione concentrica del campo visivo; si collabora con specialisti del settore (psicomotricisti e terapisti occupazionali) per condurre un programma globale di riadattamento del paziente con ipovisione periferica.

3) IPOVISIONE MISTA

Si raccomanda l'utilizzo di tutte le strategie diagnostiche idonee alla quantificazione dell'ipovisione centrale e periferica.

Note: Dai risultati dei test sopra indicati, per il progetto riabilitativo più idoneo, si potrebbe verificare quante lettere (dalla grandezza minima percepita) possono essere presenti nel campo ritenuto idoneo per la lettura.

Vedi Tabella GISI:

Allegato D

PROGRAMMA TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DI FORNITURE PROTESICHE

PERIODO DI VALIDITÀ dal _____ al _____

0. RICHIEDENTE

Codice Assistito: _____ Sesso: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ Data di nascita: _____

RESIDENZA ANAGRAFICA: Via: _____

Comune: _____

1. VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE

a) Sintesi dell'analisi funzionale	b) Esiti esami strumentali
------------------------------------	----------------------------

2. DIAGNOSI CIRCONSTANZIATA

Area

3. CLASSIFICAZIONE DELLA FORNITURA

TIPO DI PRESIDIO NECESSARIO	Modalità di fornitura			Supporto prescrizione	
	GRATUITA	A RIMBORSO	TOTALMENTE A CARICO DELL'UTENTE	MOD. 03	RICETTA COD. 7
PROTESI (All. A)					
AUSILI TECNICI (All. B) - Monouso (cod. 101) - Riutilizzabili					
APPARECCHI (All. C)					

4. PRESCRIZIONE

Presidio prescritto (codice):

5. SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO

6. TEMPI DI IMPIEGO

7. MODALITÀ DI CONTROLLO

8. VARIAZIONI PREVEDIBILI NEL TEMPO

-Entro i limiti prescritti nel nomenclatore:
POSSIBILI NON POSSIBILI

- Altre: _____

9. CONTROINDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO

-Espressamente indicate dall'utente:

- Altre: _____

TIMBRO DELLA STRUTTURA DI
APPARTENENZA DEL MEDICO
PRESCRITTORE

Data _____

Il Medico PRESCRITTORE

(firma)

MINORAZIONE VISIVA					
CENTRALE			PERIFERICA		
GRAVITÀ	VISUS RESIDUO	GRADO	GRAVITÀ	RESIDUO PERIMETRICO	GRADO
MINORAZIONE ASSENTE	> 3/10	0	MINORAZIONE ASSENTE	≥ 60%	0
IPOVISIONE CENTRALE LIEVE	≤ 3/10 - > 2/10	1	IPOVISIONE PERIFERICA LIEVE	59% - 50%	1
IPOVISIONE CENTRALE MODERATA	≤ 2/10 - > 1/10	2	IPOVISIONE PERIFERICA MODERATA	49% - 30%	2
IPOVISIONE CENTRALE GRAVE	≤ 1/10 - > 1/20	3	IPOVISIONE PERIFERICA GRAVE	29% - 10%	3
CECITÀ CENTRALE RELATIVA	≤ 1/20 - ≥ 2/10 (1/200 = conta delle dita)	4	CECITÀ PERIFERICA RELATIVA	9% - 3%	4
CECITÀ CENTRALE ASSOLUTA	moto della mano; ombra e luce; spento	5	CECITÀ PERIFERICA ASSOLUTA	< 3%	5

Tabella dell'ipovisione del GISI

Documento B

LINEE GUIDA NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE DELLA DISABILITÀ VISIVA

INDICE

INTRODUZIONE

PERIODO PRENATALE (dal concepimento alla nascita)

ETÀ EVOLUTIVA (I e II infanzia ed adolescenza; dalla nascita fino ai 18 anni)

ETÀ ADULTA (età lavorativa; dai 19 ai 64 anni)

ETÀ SENILE (oltre i 64 anni)

INTRODUZIONE

Prevenire significa arrivare prima che si verifichi un evento sfavorevole che si desidera evitare. La prevenzione in medicina si prefigge misure per impedire ogni evento dannoso per la salute della popolazione.

La prevenzione della disabilità visiva consiste nella messa in atto di tutte le strategie idonee ad evitare la comparsa di affezioni o il verificarsi di incidenti coinvolgenti la funzione visiva, ad impedire il deterioramento visivo in caso di patologie ormai conclamate, ad arrestarne l'evoluzione peggiorativa ed a promuovere la riabilitazione dei soggetti con danno irreversibile ed invalidante.

Si deve parlare pertanto, in questo ambito, di PREVENZIONE PRIMARIA (promozione della salute, educazione alla salute, tutela della salute), tendente ad impedire l'insorgenza delle malattie o il verificarsi dei traumi, di PREVENZIONE SECONDARIA (diagnosi precoce e gestione appropriata delle patologie causa di disabilità visiva) che mira a limitare le sequele permanenti degli eventi sfavorevoli, e di PREVENZIONE TERZIARIA (prevenzione delle complicazioni e riabilitazione), che permette di ridurre l'handicap dei portatori di menomazioni della funzione visiva.

La prevenzione agisce sulla popolazione generale con metodi specifici per le diverse classi di età. Occorre quindi differenziare gli interventi secondo i diversi periodi della vita:

- periodo prenatale;
- età evolutiva;
- età adulta;
- età senile.

PERIODO PRENATALE (dal concepimento alla nascita)

In questa fase della vita possono instaurarsi malattie genetiche di tipo eredo-familiare, anomalie cromosomiche sporadiche ed alterazioni dello sviluppo embrionale dovute ad infezioni materne trasmesse al feto, a problemi nutrizionali della futura madre, all'azione di sostanze tossiche o di farmaci o di radiazioni ionizzanti cui sia stata esposta la gestante.

PREVENZIONE PRIMARIA

Prevenire gravidanze a rischio in famiglie affette da malattie ereditarie. Diagnosi genetica e, ove possibile, terapia genica in caso di alterazioni cromosomiche. Prevenzione delle sequele della Rosolia contratta durante la gravidanza. Prevenzione delle sequele della Toxoplasmosi. Prevenzione delle sequele delle infezioni da Citomegalovirus, da Herpesvirus (herpes simplex e varicella-zoster), Lue, Clamidia oculo-genitale e Gonococco. Evitare l'esposizione della gestante a radiazioni ionizzanti ed a sostanze tossiche o mutagene. Assicurare alla futura madre una dieta equilibrata e sufficiente per lo sviluppo del feto. Garantire una corretta terapia in caso di malattie intercorrenti della gravida ed un controllo rigoroso di eventuali patologie preesistenti (diabete, epilessia, obesità, ecc.). Prevenzione della immaturità e delle lesioni perinatali (da parto). Educazione sanitaria della popolazione. Aggiornamento continuo dei medici di famiglia, dei ginecologi e delle ostetriche e del personale dei consultori. Campagne informative sui mezzi di comunicazione di massa.

PREVENZIONE SECONDARIA

Diagnosi prenatale delle anomalie congenite ed interruzione della gravidanza. Terapia genica (in futuro), in caso di alterazioni cromosomiche.

PREVENZIONE TERZIARIA

La prevenzione terziaria riguarda il periodo successivo della vita.

ETÀ EVOLUTIVA (I e II infanzia ed adolescenza; dalla nascita fino ai 18 anni)

In questa fase della vita possono manifestarsi tutte le affezioni sviluppatesi durante la gestazione o legate ad anomalie genetiche e si possono rendere evidenti le patologie connesse al parto ed all'immaturità. L'influenza dell'ambiente comincia a diventare importante ed a condizionare l'insorgenza di infezioni, problemi nutrizionali, alterazioni traumatiche e tossiche.

PREVENZIONE PRIMARIA

Impedire, per quanto possibile, nascite pretermine e problemi al momento del parto. Terapia intensiva neonatale adeguata. Evitare l'insorgenza di problemi nutrizionali e di carenze vitaminiche. Vaccinazione per il morbillo. Prevenire gli infortuni e gli incidenti in ambiente domestico, scolastico e nell'attività ludica e sportiva. Proteggere il bambino dalle possibili conseguenze degli incidenti stradali (seggiolini con sistemi di ritenzione). Proteggere gli occhi dall'eccesso di luce e dal contatto accidentale con sostanze caustiche o irritanti. Educazione sanitaria dei genitori e degli insegnanti. Aggiornamento continuo dei pediatri e dei medici di base. Aggiornamento del personale sanitario e degli ottici. Campagne informative sui mezzi di comunicazione di massa.

PREVENZIONE SECONDARIA

Controllare sistematicamente tutti i neonati per evidenziare precocemente patologie del sistema visivo o difetti rifrattivi che necessitino di provvedimenti terapeutici o correttivi e di sorveglianza specialistica. Programmare visite oftalmologiche periodiche in tutta l'età evolutiva (alla nascita, ad 1 anno, a 3, 6, 10, 14 e 18 anni). Sorvegliare in modo scrupoloso i soggetti a rischio: neonati pretermine, potenziali portatori di anomalie genetiche o congenite, pazienti esposti a problemi nutrizionali. Attuare tutte le terapie specialistiche necessarie in modo tempestivo ed efficace. Sorvegliare i soggetti affetti da patologie sistemiche o di altri apparati che possano coinvolgere il sistema visivo ed i pazienti che devono assumere farmaci o sottoporsi a trattamenti potenzialmente pericolosi per la funzione visiva.

PREVENZIONE TERZIARIA

Prevenire le sequele evitabili delle patologie del sistema visivo (ambliopia, deprivazione sensoriale) e le complicanze connesse alle terapie instaurate. Indirizzare i soggetti con disabilità visiva irreversibile verso centri di riabilitazione specializzati nel gestire soggetti in età evolutiva e portatori di plurihandicap.

ETÀ ADULTA (età lavorativa; dai 19 ai 64 anni)

L'adulto, oltre a poter manifestare le sequele di tutte le patologie caratteristiche delle fasi precedenti della vita, è esposto ai pericoli insiti in molte attività lavorative e legati ai fattori ambientali (incidenti stradali e sportivi, infezioni, intossicazioni). Molte malattie, inoltre, sia generali sia specifiche del sistema visivo, possono esordire tardivamente ed alterare in modo irreversibile la funzione visiva. Molte terapie indispensabili per affezioni sistemiche possono interferire con le funzioni visive.

PREVENZIONE PRIMARIA

Educazione sanitaria della popolazione. Aggiornamento continuo del medico di famiglia, del medico del lavoro e degli specialisti di altre discipline sulle problematiche connesse con il sistema visivo. Aggiornamento del personale sanitario e degli ottici. Prevenzione delle malattie professionali, degli infortuni lavorativi e degli incidenti della strada o conseguenza dell'attività sportiva, degli incidenti domestici e legati al "bricolage". Campagne promozionali sulla sicurezza e sanzione dei comportamenti a rischio (cinture di sicurezza, ausili protettivi per lavori o "hobby" pericolosi). Miglioramento delle condizioni di lavoro, adeguamento delle confezioni e delle note esplicative per prodotti pericolosi (caustici, colle, solventi, farmaci, detersivi, ecc.). Educazione corretta dei portatori di lenti a contatto. Campagne informative sui mezzi di comunicazione di massa.

PREVENZIONE SECONDARIA

Programmazione di controlli specialistici periodici anche in assenza di disturbi soggettivi (ogni 5 anni fino ai 45 anni; ogni 3 anni tra i 46 ed i 64 anni). Esecuzione di screening mirati sulla popolazione. Sorveglianza dei pazienti con possibili anomalie genetiche ad esordio tardivo (glaucoma, retinopatia pigmentosa, distrofie retiniche e corneali, neuropatie ottiche familiari, maculopatie, ecc.). Sorveglianza dei soggetti con patologie potenzialmente invalidanti (glaucoma, miopia, cheratocono, uveite, ecc.). Sorveglianza dei soggetti con affezioni generali che possono coinvolgere il sistema visivo (diabete mellito, ipertensione arteriosa, emicrania e vasospasmo, angiosclerosi, sclerosi multipla ed altre affezioni neurologiche, dislipidemie, emopatie, sarcoidosi, malattie dermatologiche ed autoimmuni, ecc.). Sorveglianza dei soggetti esposti per ragioni lavorative a sostanze o radiazioni pericolose per il sistema visivo (antiparassitari, metalli pesanti, radiazioni elettromagnetiche visibili, ultraviolette, infrarosse, ionizzanti, ecc.). Sorveglianza dei soggetti che assumono farmaci potenzialmente tossici per il sistema visivo (antibiotici e chemioterapici, derivati della cloroquina, sostituti ormonali, corticosteroidi, ecc.) o che fanno uso voluttuario di sostanze pericolose (alcol, tabacco, stupefacenti, ecc.).

PREVENZIONE TERZIARIA

Riabilitazione dei soggetti con disabilità irreversibile e prevenzione delle complicanze legate alle terapie instaurate.

ETÀ SENILE (oltre i 64 anni)

L'anziano, oltre a manifestare le sequele degli infortuni sofferti nel corso della vita e delle patologie sviluppatesi negli anni, va incontro con grande frequenza a tutte quelle forme di tipo degenerativo caratteristiche della senilità. Inoltre, le frequenti condizioni di indigenza, solitudine ed abbandono, depressione e decadimento psicofisico influenzano pesantemente le possibilità di diagnosi precoci e di terapie adeguate.

PREVENZIONE PRIMARIA

Educazione della popolazione. Aggiornamento continuo dei medici di famiglia, dei geriatri e degli specialisti di altre branche. Aggiornamento del personale sanitario e degli ottici. Campagne informative sui mezzi di comunicazione di massa. Prevenzione degli incidenti e degli infortuni (incidenti stradali, domestici, legati al "bricolage" ed ai lavori agricoli).

PREVENZIONE SECONDARIA

Programmazione di visite specialistiche periodiche anche in assenza di disturbi soggettivi (ogni 2 anni fino ai 75 anni; ogni anno successivamente). Screening destinati agli anziani, specie nell'ambito dei ricoveri e delle case di riposo. Sorveglianza dei soggetti a rischio per cause genetiche (glaucoma, degenerazione maculare legata all'età, ecc.). Sorveglianza dei soggetti con patologie del sistema visivo potenzialmente invalidanti (glaucoma, miopia, distrofie retiniche e corneali, uveite, retinopatie, ecc.). Sorveglianza dei soggetti con affezioni generali che possono coinvolgere il sistema visivo (diabete mellito, ipertensione arteriosa, emicrania e vasospasmo, angiosclerosi, affezioni neurologiche, dislipidemie, emopatie, sarcoidosi, malattie dermatologiche ed autoimmuni, neoplasie, ecc.).

PREVENZIONE TERZIARIA

Riabilitazione dei soggetti con disabilità irreversibile e prevenzione delle complicanze legate alle terapie instaurate.

Azienda Ospedaliera "S. Sebastiano" di Caserta



**RICHIESTA DI UN FINANZIAMENTO DI 245.250,00
EURO, FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI
UN PROGETTO TRIENNALE PER L'AVVIO DI
CENTRO DI RIABILITAZIONE VISIVA PER I
PAZIENTI AFFETTI DA GRAVI MINORAZIONI
RETINICHE DELLA PROVINCIA DI CASERTA**

A cura di:

Ferdinando Romano
Giuseppe Zenga
Angelo Mombelli
Chiara O. Pierrottet
Gaetano Savaresi

Primario U.O. di Oculistica A. O. San Sebastiano
Presidente Provinciale Unione Italiana Ciechi
Consigliere Nazionale Unione Italiana Ciechi
Direttore Scientifico Associazione Retinitis Onlus
Presidente Associazione Retinitis Onlus

Sommario:

PAG. 2	1) SERVIZIO DI RIABILITAZIONE VISIVA PRESSO U.O. DI OCULISTICA
PAG. 3	2) IL TRATTAMENTO DELL' IPOVISIONE
PAG. 5	3) LA COLLABORAZIONE CON L' UNIONE ITALIANA DEI CIECHI
PAG. 6	4) UN SERVIZIO DI RIABILITAZIONE VISIVA ADEGUATO ALLE NECESSITÀ
PAG. 7	5) SOGGETTI DESTINATARI, CARATTERISTICHE E OPERATIVITÀ DEL DATA BASE
PAG. 13	6) FINALITÀ E OPERATIVITÀ DEL CENTRO
PAG. 14	7) PERCORSO DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO
PAG. 15	8) STRUMENTAZIONE
PAG. 16	9) COSTI

1) SERVIZIO DI RIABILITAZIONE VISIVA PRESSO U.O. DI OCULISTICA

Presso il nostro reparto di oculistica è molto attivo il servizio di trattamento della degenerazione maculare senile, maggiore causa (68%) delle patologie che danneggiano in modo permanente la macula – la parte “nobile” della retina – limitando di molto l'autonomia del soggetto colpito, e della Retinopatia Diabetica causa di gravi disagi visivi anche tra persone giovani.

È nostro desiderio, oltre all'applicazione corretta delle “*Linee Guida*” regionali rivolte ai pazienti ipovedenti, dare a questi pazienti che già si rivolgono al nostro reparto di oculistica per il normale servizio clinico un servizio di riabilitazione ed educazione visiva finalizzato a migliorare la loro qualità della vita con un innovativo trattamento terapeutico-riabilitativo che restituisca loro gran parte dell'autonomia persa a causa della patologia retinica.

Data la giovane età di alcuni nostri pazienti, riteniamo che un servizio fornito nella propria città di residenza, rispondente ai loro bisogni di oggi e di domani, costantemente aggiornato sia sul versante medico che tecnologico, sia perfettamente in linea con gli sforzi che in tutto il mondo qualificati Centri di Riabilitazione Visiva, Clubs di Servizi Sociali e i Low Vision Research Center stanno compiendo per arrivare (entro il 2020) ad eliminare la cecità evitabile.

Inoltre, come risulta da uno studio eseguito da esperti economisti, non solo il costo morale, ma anche quello economico di questa invalidità è molto elevato. Un esempio: un ipovedente adulto di 40 anni, dipendente e con un salario di 1.050,00 euro mensili, per le conseguenze di una minorazione visiva ha un costo per la collettività di 300.000,00 euro (fino al raggiungimento dei 60 anni), mentre se viene riabilitato il costo è di 25.000,00 euro. Ed è altresì un dato di fatto che la Legge 284/97, venne promulgata proprio dopo un calcolo fatto nel 1991 su i costi enormi della mancata riabilitazione.

La richiesta di finanziamento contenuta in questo progetto è finalizzata alla realizzazione di un servizio efficace volto al completamento di quegli interventi che già si svolgono nel nostro ospedale. Inoltre il periodo di copertura economica richiesto, tre anni, consentiranno di monitorare l'attività che verrà svolta annualmente integrando il servizio solo nelle aree di maggiore urgenza.

Il primario
Dr. Ferdinando Romano

2) IL TRATTAMENTO DELL'IPOVISIONE

Per ipovisione, si intende una anomala condizione della funzione visiva, provocata da un'alterazione anatomica degli organi e/o apparati predisposti alla visione che determina l'instaurarsi di una disabilità visiva irreversibile di entità variabile, fino alla cecità.

Con la Legge 138/2001 "Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive" il Legislatore ha voluto fornire una valutazione tecnico-scientifica in merito ai differenti gradi di minorazione visiva, e precisamente:

- 1) s'intende cieco totale colui che a) è colpito da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi, b) ha la mera percezione dell'ombra o della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore c) ha un residuo perimetrico binoculare inferiore al 3%;
- 2) s'intende cieco parziale colui che a) ha un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione b) ha un residuo perimetrico binoculare inferiore al 10%;
- 3) s'intende ipovedente grave colui che a) ha un residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione b) ha un residuo perimetrico binoculare inferiore al 30%;
- 4) s'intende ipovedente medio-grave colui che a) ha un residuo visivo non superiore a 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione b) ha un residuo perimetrico binoculare inferiore al 50%;
- 5) s'intende ipovedente lieve colui che a) ha un residuo visivo non superiore a 3/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione b) ha un residuo perimetrico binoculare inferiore al 60%;

Nella Conferenza Stato-Regioni del 20 maggio 2004 si è stabilito che i soggetti destinatari della riabilitazione visiva siano tutti quelli di cui alla legge 138/2001, sopra menzionata.

Pur potendo colpire qualunque fascia d'età, l'ipovisione è assai più frequente al di sopra dei 65 anni. L'aumento della durata media della vita, il miglioramento della diagnostica e l'introduzione di nuovi protocolli terapeutici, hanno infatti determinato, negli ultimi anni, un progressivo incremento del numero dei soggetti ipovedenti in età senile. Di pari passo un più accurato monitoraggio di patologie come il diabete, responsabile di casi di ipovisione nelle fasce di età adulta e senile, il precoce ricorso a trattamenti fotocoagulativi nel caso di forme di retinopatia diabetica ischemica e la diffusione degli interventi di chirurgia vitreoretinica nelle forme proliferanti, hanno ridotto i casi di cecità totale legata al diabete, aumentando però il numero dei soggetti ipovedenti, che necessitano di una forma di riabilitazione visiva.

L'ipovisione colpisce circa il 2% della popolazione italiana. Il 60 - 80% della popolazione ipovedente può essere aiutata mediante ausili per la visione, ma la sola fornitura di un ausilio spesso non consente al paziente di sfruttare al meglio le proprie potenzialità funzionali residue. La riabilitazione visiva, tramite un idoneo trattamento, può consentire una gestione più adeguata del residuo visivo e può essere un valido strumento per l'ipovedente o il non vedente che deve trovare una nuova collocazione nell'ambiente sociale, professionale e familiare, senza avere un'adeguata conoscenza degli strumenti e delle opportunità a sua disposizione.

Il paziente normalmente viene inviato ad un centro di ipovisione e riabilitazione visiva durante o al termine di un iter diagnostico e terapeutico. La presa in carico del paziente necessita peraltro di una valutazione più specifica che consenta di conoscere l'effettiva condizione funzionale di ogni soggetto.

Si rendono necessari, quindi
:

- un esame della rifrazione e dell'acuità visiva per lontano valutata con ottotipo centesimale,
- un esame della visione per vicino con adeguati ottotipi per la considerazione dell'ingrandimento necessario per la lettura
- un esame del campo visivo, con valutazione della funzione periferica e centrale
- un esame della sensibilità al contrasto
- una microperimetria

integrati eventualmente da ulteriori esami diagnostici quali:

- visita oculistica comprendente tonometria ed esame funduscopico,
- FAG e OCT,
- esami elettrofisiologici
- visita ortottica.

Considerata l'entità del residuo visivo e le esigenze personali del paziente (grado culturale, esigenze soggettive quali lettura per vicino, capacità di orientamento nel proprio ambiente, utilizzo di mezzi pubblici ...), si arriva all'individuazione degli ausili più idonei e alla loro prescrizione. Tali sedute possono risultare particolarmente impegnative, per la necessità di trovare uno strumento adatto alle diverse necessità, per consentire alla persona di familiarizzare con gli aspetti più tecnici degli ausili, per farne apprendere le corrette modalità di impiego, mantenendo per tutta la durata della seduta impegno e attenzione costanti.

La gestione informatizzata di un ambulatorio per ipovisione può rappresentare un utile modello di attività. Le cartelle cliniche sono sempre disponibili per la consultazione, anche in caso di lunghi follow-up. I possibili "campi" di attività sono sempre ugualmente segnalati per ogni paziente e la raccolta dei dati dal database è rapida e precisa, offrendo un valido aiuto nella compilazione del database regionale relativo all'attività svolta nell'anno e alle caratteristiche della popolazione afferente all'ambulatorio. Con un modello di ambulatorio informatizzato esiste inoltre la possibilità di utilizzare software che elaborino procedure e percorsi riabilitativi personalizzati.

Dott.ssa Chiara O. Pierrottet

Direttore Scientifico Associazione Retinitis Onlus

Responsabile Centro di Riabilitazione Visiva e delle Malattie Rare, Clinica Oculistica A. O. San Paolo - Milano

3) LA COLLABORAZIONE CON L'UNIONE ITALIANA DEI CIECHI

Dall'entrata in vigore della Legge 284/97 le Sezioni Provinciali dell'Unione Italiana dei Ciechi collaborano strettamente, laddove richiesto, con i Centri di Consulenza, Educazione e Riabilitazione Visiva Ipovedenti (CERVI), operanti nelle strutture ospedaliere del territorio nazionale.

L'Unione Italiana dei Ciechi è in grado di svolgere numerosi servizi che non competono ad una struttura ospedaliera, ma che fanno parte del bagaglio operativo statutario dell'Associazione. Nello specifico, l'intervento primario consiste nella presa in carico del minorato della vista per lo svolgimento di tutte quelle pratiche di competenza dell'Assistente Sociale inerenti la richiesta delle varie facilitazioni che spettano di diritto ai disabili visivi.

La Sezione dell'Unione Italiana dei Ciechi di Caserta svolge oltre a quanto sopra citato, attività che mirano all'integrazione nel tessuto sociale e nel contesto lavorativo del minorato della vista, quali corsi di informatica, corsi di autonomia e mobilità e corsi di apprendimento di lettura e scrittura Braille. La Sezione inoltre ha un servizio di registrazione di testi su audiocassette, di realizzazione di testi di varia natura a caratteri ingranditi specifici per ipovedenti;

La Sezione UIC di Caserta segue altresì l'integrazione nel mondo scolastico dei ragazzi ciechi ed ipovedenti, anche attraverso interventi specifici presso le scuole. Collabora infine con gli Enti preposti per il collocamento lavorativo, fornisce strumentazione tiflotecnica specifica e organizza attività di carattere ludico-culturale.

Per i suddetti motivi, e per altri ancora, si ritiene doverosa una costante e stretta collaborazione tra il nascente Centro di Riabilitazione visiva e l'Unione Italiana Ciechi.

Dr. Giuseppe Zenga
Presidente Provinciale Unione Italiana dei Ciechi di Caserta

Dr. Angelo Mombelli
Componente della Direzione Nazionale dell'Unione Italiana dei Ciechi

4) UN SERVIZIO DI RIABILITAZIONE VISIVA ADEGUATO ALLE NECESSITÀ

Il percorso riabilitativo dell'ipovedente anziano, pur considerando l'acuità visiva residua, la funzionalità visiva utilizzata e l'obiettivo primario da raggiungere comune a tutte le valutazioni visivo-funzionali dell'ipovisione, deve tenere soprattutto conto delle difficoltà che incontrano le persone che per un periodo molto lungo della loro vita hanno avuto raramente problemi di visione. Perciò il trattamento riabilitativo e la scelta dell'ausilio mireranno soprattutto al recupero dell'autonomia nella lettura "spicciola" (date di scadenza, estratti conti, ecc.) e a quella per "passatempo" (giornali, riviste, parole crociate, ecc.) e pertanto terranno conto anche dello stato sociale del paziente e delle sue necessità di apparire in pubblico non troppo "diverso" da prima.

Il percorso riabilitativo dell'ipovedente giovane considera primaria l'acuità visiva residua come riferimento "burocratico" e la funzionalità visiva utilizzata quale l'obiettivo "secondario". Perciò si terrà conto delle difficoltà che incontrano i pazienti nell'ambiente scolastico, lavorativo e domestico. Il trattamento riabilitativo e la scelta dell'ausilio, in questi casi, mireranno soprattutto al recupero dell'autonomia nella visione "deambulatoria" (trasferimenti, stazioni ferroviarie in genere, ecc.) e a quella "funzionale" (guida, lettura, lavori manuali, ecc.) tenendo conto delle competenze cognitive maturate da ogni singolo soggetto in rapporto a quelle possedute dai coetanei con pari interessi.

Tutto ciò è reso possibile anche dalle nuove tecnologie che rispondono ai bisogni del paziente, offrendo la soluzione più adatta (e perciò più economica) in linea con le disposizioni regionali e tenendo conto degli ausili previsti dal Nomenclatore Tariffario delle Protesi. Il data base messo a punto sul dettato delle Linee Guida Regionali, utilizzato ormai in oltre 50 centri italiani, consente un rapido e sistematico controllo delle potenzialità visive residue, valuta i possibili sviluppi e monitorizza la qualità dei risultati fino al completo raggiungimento della massima abilità visiva ottenibile.

L'interattività del data base incrocia i vari dati ricevuti della valutazione del danno visivo funzionale dovuto all'ipovisione (con l'impiego di vari tipi di ottotipi) con quelli delle risposte agli stimoli campimetrici così da quantificare, oltre al residuo visivo, anche il danno funzionale. Pertanto, può essere finalmente abbandonata la classificazione – così poco utile nella formulazione di un progetto riabilitativo – del "*motu manu*" e "*percezione luce*" con una ben più efficace definizione del residuo visivo espresso in centesimi, con la quale i professionisti della riabilitazione visiva possono più facilmente confrontarsi e formulare diagnosi e prognosi appropriate sulla qualità della visione. L'addestramento all'uso migliore possibile della fissazione eccentrica determina la prescrizione degli ausili visivi più rispondenti ai bisogni dell'interessato.

Inoltre, l'avvento della nuova metodologia mista, chirurgico-riabilitativa, rappresentata dall'impianto di due IOL e da un percorso riabilitativo completo personalizzato (IOL-Vip® System), consente un intervento mirato, a costi molto contenuti ed ad alto rendimento funzionale restituendo alla persona un recupero della propria autonomia senza penalizzarne la personalità.

Dr. Gaetano Savaresi
Presidente Associazione Retinitis Onlus

5) SOGGETTI DESTINATARI E CARATTERISTICHE DEL DATA BASE

Gli ipovedenti sono persone portatrici di una minorazione visiva con disabilità tali da non consentire loro lo svolgimento delle comuni attività della vita quotidiana e di relazione; affetti da una patologia irreversibile che non può essere migliorata attraverso trattamenti medici e/o lenti convenzionali. Questi soggetti sono destinatari elettivi di interventi che nel loro insieme vengono definiti "TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE VISIVO-FUNZIONALE".

Il data base per la raccolta dei dati, l'anamnesi, la diagnosi, la prognosi, la prescrizione del trattamento e degli ausili più idonei finalizzati al miglioramento della qualità della vita degli ipovedenti, è realizzato sulla base di quanto dettato dalle Linee Guida Regionali.

L'obiettivo essenziale del data base deve essere quello di dotare la struttura preposta di quegli strumenti capaci di migliorare il livello di autonomia e facilitare l'inserimento sociale degli ipovedenti. Gli interventi si differenziano in base all'età del soggetto in esame:

• GIOVANI e ADULTI

Si tratta di quei soggetti in età scolare o lavorativa per i quali si verifica sovente l'insorgenza di patologie che comportano molto spesso l'estromissione del soggetto dal suo mondo perché non più in grado di svolgere le attività in precedenza assolute. E' possibile con un intervento riabilitativo corretto, permettere agli interessati di acquisire competenze tali da consentire il ripristino delle attività primarie con una benefica ricaduta a favore di tutta la collettività.

• ANZIANI

Il numero degli anziani che si trovano a essere considerati ipovedenti è numericamente il più elevato. A questi soggetti viene a mancare la normale vita di relazione a causa della perdita della loro autonomia conseguente alla minorazione visiva. Anche se l'intervento riabilitativo nei loro confronti non è paragonabile a quello attuabile con gli ipovedenti più giovani, consente comunque loro di conseguire una maggiore autonomia personale, sollevando quindi le famiglie e la collettività da impegni spesso onerosi e di scarso rilievo sotto il profilo pratico e produttivo.

Per la gestione informatizzata del servizio di riabilitazione visiva, le schede interattive presenti nel data base aiuteranno le diverse figure professionali previste nel dialogare facilmente tra di loro pur nel rispetto delle proprie competenze, evitando sovrapposizioni o fraintendimenti tra gli esperti a tutto favore degli ipovedenti che potranno beneficiare di tutto il gruppo di lavoro.

Le schede sono programmate con le seguenti modalità:

- **oftalmologia** - dal proprio ambulatorio, l'oculista invia il paziente ipovedente al servizio di riabilitazione visiva.
- **oftalmologo** – (medico prescrittore) esegue la valutazione visivo-funzionale, formula la diagnosi e la prognosi, prescrive il trattamento riabilitativo e gli ausili.
- **ortottista** - esegue i trattamenti, elabora i rapporti scritti e mantiene i contatti con l'ipovedente
- **tecnico della riabilitazione** - esegue le prescrizioni, ne addestra il paziente all'uso e segue il servizio di assistenza

L'operatività del data base può identificarsi con il coordinamento tra il gruppo di lavoro del servizio di ipovisione dell'ospedale, dei medici prescrittori di ausili e delle aziende sanitarie locali che dovranno autorizzarne la spesa. La modulistica regionale è identica nei contenuti in tutte le Regioni d'Italia. Perciò, compilando le varie schede del data base può essere elaborato un modello di stampa unico a tutto beneficio degli attori coinvolti come appare evidente dalla seguente tabella e dalle considerazioni conseguenti:

Attore coinvolto	Azione svolta	Modello di Stampa
Low Vision Team	Elaborazione percorso terapeutico	Programma terapeutico
Medico prescrittore	Prescrizione ausili	Modello 03
Azienda Sanitaria Locale	Autorizzazione alla spesa	Modello 03

L'attività del Low Vision Team, viene coordinata dal modello di programma terapeutico nazionale che richiede i seguenti passaggi:

- **RICHIEDENTE** - raccolta dati anagrafici
- **VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE**
 - a) Sintesi dell'analisi funzionale
 - b) Esiti esami strumentali
- **DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA** - descrizione della minorazione
- **CLASSIFICAZIONE DELLA FORNITURA**
 - a) A Nomenclatore Tariffario delle Protesi
 - b) Riconducibile al Nomenclatore
 - c) Non riconducibile al Nomenclatore
- **PRESIDIO PRESCRITTO** – codice e descrizione
- **SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO** - descrizione delle aspettative
- **TEMPI DI IMPIEGO** - indicazioni e modalità
- **MODALITÀ DI CONTROLLO** - scadenziario delle verifiche, follow-up
- **VARIAZIONI PREVEDIBILI NEL TEMPO** - per i materiali video-opto-elettronici
- **CONTROINDICAZIONI E LIMITI DI IMPIEGO** - per materiali elettrici o posturali

come da modello di stampa (versione regionale):

6) FINALITÀ E OPERATIVITÀ DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE VISIVA DELL'A.O. SAN SEBASTIANO DI CASERTA

L'attività del Centro è finalizzata al raggiungimento della migliore condizione di salute (trattamenti medici, parachirurgici e chirurgici), al miglior recupero visivo funzionale (riabilitazione visiva) ed al vicariamento della minorazione con appositi ausili (addestramento all'utilizzo di strumenti atti al ripristino delle attività percettive).

La stima attuale dei pazienti afferenti il centro è di 25 persone la settimana per un totale annuo di circa 1.000 pazienti (sulla base delle 40 settimane lavorative) che richiedono una visita di inquadramento (durata: 20 minuti) e dei quali circa il 15% necessita di un intervento chirurgico.

Presupponendo (dati S.F.O. Maggio 2005) che il numero di pazienti da avviare alla riabilitazione visiva nelle fasce adulti e anziani, corrisponde al 25%, che ogni trattamento richiede mediamente tre sedute e che ogni seduta ha una durata media di 30 minuti, il nostro low vision team dovrà operare nell'ambito della riabilitazione visiva per un ammontare complessivo di 875 ore annue. La suddivisione prevista è così distribuita:

Dottor -----: medico prescrittore e responsabile delle attività di chirurgia e medicina delle minorazioni visive (6 ore settimanali);

Dottoressa -----: ortottista esperta di ipovisione e responsabile per le valutazioni visivo funzionali e i trattamenti riabilitativi (18 ore settimanali);

La sede individuata per le prestazioni oculistiche è nell'ambito del Reparto di Oftalmologia e di Chirurgia dell'U.O. di Oculistica dell'Ospedale San Sebastiano già dotata di alcuni strumenti idonei alla valutazione dei pazienti ipovedenti.

La sede per le prestazioni di riabilitazione e di addestramento è stata individuata presso l'Ambulatorio di Ortottica, dotato di apposita zona di ricevimento e destinata, negli orari stabiliti, a sala di riabilitazione oppure ad attività ottico-tiflogiche; per queste ultime con personale indicato dall'Unione Italiana dei Ciechi Sezione Provinciale di Caserta.

I destinatari di questo servizio sono i pazienti in cura presso l'U.O. di Oculistica che, per la gravità delle patologie da cui sono affetti (degenerazione maculare, retinopatia diabetica, distacchi retinici complicati) presentano, a seguito di terapie mediche o chirurgiche, un recupero visivo scarso. In questi pazienti la valorizzazione ed il potenziamento di questo essenziale residuo visivo costituisce un completamento del percorso diagnostico terapeutico.

Presso l'Unione Italiana Ciechi Sezione Provinciale di Caserta: assistenza per le necessità miranti all'ottenimento dei benefici economici ad all'integrazione nel tessuto sociale dell'ipovedente.

7) PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

- **Provenienza:** pazienti segnalati dall'Unione Ciechi, inviati dal medico di base, dall'oculista curante; pazienti in cura presso l'U.O. di Oculistica dell'A.O. San Sebastiano di Caserta.
- **Inclusione:** i pazienti verranno selezionati nell'ambito della attività clinica dell'U.O. di Oculistica dell'A.O. San Sebastiano di Caserta, mediante visite oculistiche complete o DH diagnostico; qualora sia necessario, i pazienti verranno sottoposti ad esami strumentali: fluorangiografia, perimetria, tomografia ottica a coerenza.
- **Selezione:** l'U.O. di Oculistica dell'A.O. San Sebastiano di Caserta Le persone ipovedenti saranno sottoposte ad esami finalizzati all'individuazione del residuo visivo. Sarà così verificata l'eleggibilità al programma di addestramento e riabilitazione visiva.
- **Riabilitazione:** Verranno effettuati cicli di addestramento e riabilitazione visiva
- **Prescrizione:** Individuato il dispositivo necessario, il medico oculista effettuerà una prescrizione secondo le modalità indicate dal D.M. 27 Agosto 1999, n.332, e indirizzerà il paziente all'ASL di residenza.
- **Fornitura:** L'ASL dovrà pronunciarsi sulla richiesta di autorizzazione.
La selezione rigorosa cui saranno sottoposti i pazienti sarà garanzia per l'ASL di appartenenza cui saranno indirizzati solo i pazienti suscettibili di miglioramento e che avranno dimostrato adesione al programma di riabilitazione
- **Dimissione:** Ottenuta l'autorizzazione, il paziente richiederà il dispositivo protesico al fornitore. L'ASL dovrà sottoporre a collaudo l'ausilio stesso.
- **Follow-up:** valutazioni periodiche programmate per monitoraggio ed aggiornamento del progetto riabilitativo.

8) STRUMENTAZIONE

STRUMENTAZIONE PER LE ATTIVITÀ AMBULATORIALI

- Low Vision Working Station (riunito dedicato);
- Microperimetro e SLO;
- Software SAVA per la gestione del paziente ipovedente;
- Software WinFlash per la riabilitazione del paziente ipovedente;
- Pannello Led-RGB per la valutazione dell'angolo di risoluzione effettivo (2,5 mt.);
- Software Vision Test 20/20 per l'integrazione di misure agli standard internazionali;
- Simulatore IOL-Vip da 1,3x con prisma da 10Δ.

STRUMENTAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE

Ottica:

- lenti di ingrandimento manuali, con stativo e con illuminazione;
- set "Goggles" con filtri fotoselettivi frontali e laterali con tonalità ambra e grigia;
- ingranditori e/o minificatori IOL-Vip con montatura di prova per esercitazioni;
- set telescopi Galileiani e Kepleriani per distanza.

Elettrica:

- pannello a Led-RGB;
- clip per occhiale a Led-RGB;
- software di gestione delle lunghezze d'onda dei Led-RGB;
- modulo tecnico con colonna di sostegno.

Elettronica:

- videoingranditore palmare;
- videoingranditore trasportabile;
- videoingranditore portatile;
- videoingranditore per PC;
- lettore automatico.

Informatica:

- software ingrandente Magic con sintesi vocale;
- software I.C.R. Open Book;
- screen reader;
- display braille 40 caratteri;
- pacmate da associare al display braille;
- personal computer con schede video Retinax e stampante.

Posturale:

- sedia ergonomica medico;
- sedia ergonomica paziente;
- tavolo di lavoro paziente.

9) COSTI PREVISTI

Personale:

Oculista:	(6 ore settimanali x 120 settimane)	46.800,00 Euro
Ortottista:	(18 ore settimanali x 120 settimane)	64.800,00 Euro

Strumentazione ambulatoriale:

Attrezzature come da elenco esposto	50.150,00 Euro + iva
Materiale di consumo	714,00 Euro

Strumentazione riabilitazione:

Attrezzature come da elenco esposto per:

Ottica:	6.600,00 Euro +iva
Elettrica:	9.800,00 Euro +iva
Elettronica:	22.000,00 Euro +iva
Informatica:	13.130,00 Euro +iva
Posturale:	8.800,00 Euro +iva

sub totale per personale:	111.600,00 Euro
sub totale per attrezzature:	110.480,00 Euro
IVA su 110.480,00 euro:	22.296,00 Euro

TOTALE GENERALE	245.250,00 Euro
------------------------	------------------------

Finanziamento 1° anno: di **106.776,00 Euro** per fronteggiare le seguenti spese:

Personale:	37.200,00 Euro
Attrezzature urgenti:	57.980,00 Euro
IVA su attrezzature urgenti:	11.596,00 Euro
Materiale di consumo	714,00 Euro

Finanziamento 2° anno: di **77.160,00 Euro** per fronteggiare le seguenti spese:

Personale:	37.200,00 Euro
Attrezzature da integrare:	33.300,00 Euro
IVA su attrezzature da integrare:	6.660,00 Euro

Finanziamento 3° anno: di **60.600,00** Euro per fronteggiare le seguenti spese:

Personale:	37.200,00 Euro
Attrezzature da integrare:	19.500,00 Euro
IVA su attrezzature da integrare:	3.900,00 Euro