

APPENDICE

- 1. I riferimenti normativi**
- 2. Accordo 20 maggio 2004 tra Ministero della salute, Regioni e Province autonome**
- 3. Tabella di ripartizione fra le Regioni delle quote di finanziamento – esercizio 2004**

1. I riferimenti normativi

A) Legge 28 agosto 1997, n° 284

"Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati".

l'articolo n°1

stabilisce che alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione dei centri per l'educazione e riabilitazione visiva è destinato, a decorrere dal 1997 uno stanziamento annuo di lire 6.000 milioni;

l'articolo n°2

al comma 1, prevede di destinare 5.000 milioni di lire alle regioni e province autonome per la realizzazione delle iniziative di cui all'articolo n°1, da attuare mediante la convenzione con centri specializzati, la creazione di nuovi centri ove non esistenti, ed il potenziamento di quelli già esistenti;

al comma 6, stabilisce che le regioni, destinatarie del suddetto finanziamento, entro il 30 giugno di ciascun anno, forniscano al Ministero della sanità gli elementi informativi necessari per la valutazione dei risultati ottenuti nella prevenzione, educazione e riabilitazione visiva, tenendo conto del numero dei soggetti coinvolti e dell'efficacia;

ai commi 3, 4, 5 stabilisce che la restante disponibilità di 1.000 milioni di lire è assegnata alla sezione italiana dell'Agenzia Internazionale per la prevenzione della cecità, di seguito denominata Agenzia; che la predetta è sottoposta alla vigilanza del Ministero della sanità, al quale, entro il 31 marzo di ciascun anno, deve trasmettere una relazione sull'attività svolta nell'esercizio precedente, nonché sull'utilizzazione del contributo statale.

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

B) D.M. 18 dicembre 1997

"Requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'articolo n°2 comma 1 della Legge 28 agosto 1997 n° 284"

Accordo 20 maggio 2004 tra Ministero della salute, Regioni e Province autonome concernente la tipologia delle attività dei Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva ed i criteri di ripartizione dei finanziamenti previsti dalla Legge 28 agosto 1997, n. 284, nonché le modalità di rilevazione delle attività svolte.

18-2-1998

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 40

Art. 2.

Il trasferimento in proprietà è decreto con conferma degli obblighi già assunti dalla ditta stessa in sede di sottoscrizione del disciplinare, ad esclusione di quelli modificati dalla legge 7 agosto 1997, n. 266.

Art. 3.

Per il presente trasferimento troveranno applicazione i benefici fiscali vigenti.

Art. 4.

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

Roma, 10 dicembre 1997

Il direttore generale: SAPPINO

98A1209

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETO 18 dicembre 1997.

Requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'art. 2, comma 1, della 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».

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Vista la legge 28 agosto 1997, n. 284, recante: «Disposizioni per la prevenzione e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati»;

Visto l'art. 1 della predetta legge che prevede uno stanziamento annuo di lire sei miliardi da destinare alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva;

Visto l'art. 2, comma 1, della predetta legge che destina cinque miliardi dello stanziamento di cui sopra alle regioni per la realizzazione delle descritte iniziative;

Visto l'art. 2, comma 2, della già citata legge che prevede la determinazione, con decreto del Ministro della sanità, dei criteri di ripartizione della quota di cui al precedente comma 1, nonché dei requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui al medesimo comma 1;

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

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

- Decreta:

Art. 1.

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

FIGURE PROFESSIONALI DI BASE:

oftalmologo;
psicologo;
operatore di riabilitazione visiva;
ortottista assistente in oftalmologia;
infermiere professionale o assistente sanitaria visitatrice;
assistente sociale.

AMBIENTI:

ufficio-ricevimento;
sala oculistica;
sala di riabilitazione;
sala ottico-tiflogica;
studio psicologico;
servizi.

STRUMENTAZIONE E MATERIALE TECNICO:

1) per attività oculistiche:

lampada a fessura;
oftalmometro;
schiascopio;
oftalmoscopio diretto e indiretto;
tonometro;
tavola ottotipica logaritmico-centesimale;
test per vicino a caratteri stampa;
testi calibrati per lettura;
serie di filtri per valutazione del contrasto;
cassetta lenti di prova con montatura;
perimetro;

2) per attività ottico-tiflogiche:

cassetta di prova sistemi telescopici;
sistemi ipercorrettivi premontati bi-oculari;
tavolo ergonomico;
leggio regolabile;
sedia ergonomica con ruote e fermo;

18-2-1998

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 40

set di lampade a luci differenziate;
set ingrandimenti e autoilluminanti;
sistemi televisivi a circuito chiuso:

- a) in bianco e nero;
- b) a colori;
- c) portatile;

personal multimediale, software di ingrandimento, barra Braille; voce sintetica, stampante Braille, Scanner, Modem per interfacciamento;

sintesi vocale per ambiente grafico;
kit per la mobilità autonoma;
ausili tifloteecnici tradizionali;

3) per attività psicologiche:

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

Art. 2.

Le regioni e le province autonome, sulla base dei dati epidemiologici e previa ricognizione dei centri esistenti, sia pubblici che privati, da utilizzare per le attività di che trattasi, relativamente al territorio di competenza:

a) definiscono gli obiettivi prioritari da perseguire nel campo d'applicazione della legge, ed i criteri per verificarne il raggiungimento;

b) programmano le attività di prevenzione e riabilitazione degli stati di cecità e di ipovisione (riferita ai soggetti con acuità visiva inferiore ai 3/10 o con campo visivo inferiore al 10%);

c) determinano il numero dei centri che a tali attività saranno deputati, ne disciplinano la pianta organica, il funzionamento e la gestione, ne verificano i risultati ottenuti.

Art. 3.

Lo stanziamento di lire cinque miliardi di cui all'art. 2, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284, è ripartito tra le regioni e le province autonome sulla base dei sottostanti criteri:

per i primi tre anni in proporzione alla popolazione residente;

per gli anni successivi in proporzione ai dati di attività dei centri individuati, riferiti al numero di soggetti trattati nel corso del precedente anno solare, sia per accertamenti preventivi, sia interventi riabilitativi.

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

Roma, 18 dicembre 1997

Il Ministro: BINDI

98A1210

MINISTERO DELLA SANITÀ
COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO

PROVVEDIMENTO 3 dicembre 1997.

Aggiornamento delle «Note» riportate nel provvedimento 30 dicembre 1993, e successive modificazioni, concernente la riclassificazione dei medicinali.

LA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO

Visto il decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, recante riordinamento del Ministero della sanità, a norma dell'art. 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, con particolare riferimento all'art. 7;

Visto il proprio provvedimento 30 dicembre 1993, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 306 del 31 dicembre 1993, relativo alla riclassificazione dei medicinali, adottato in applicazione dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, nel quale sono state stabilite anche le «Note relative alla prescrizione e modalità di controllo delle confezioni riclassificate», modificate ed integrate con successivi provvedimenti;

Viste le proprie deliberazioni in data 12 novembre 1997 per la «nota n. 9», 7 ottobre 1997 per la «nota n. 73», 8 ottobre 1997 per le «note n. 74 e n. 75», 22 ottobre 1997 per la «nota n. 76».

Dispone:

Art. 1.

Alle note relative alla prescrizione e modalità di controllo delle confezioni riclassificate a norma dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, contenute nel provvedimento della Commissione unica del farmaco 30 dicembre 1993, come modificate ed integrate con successivi provvedimenti, sono apportate le integrazioni nel successivo art. 2.

Art. 2.

La «nota 9» risulta modificata come segue:

nota 9 - principio attivo ticlopidina:

classe a) «limitatamente ai pazienti sottoposti a stenting coronarico per un periodo di trattamento di trenta giorni». Registro ASL;

classe b) limitatamente all'indicazione «pseudoallergia all'acido acetilsalicilico». Registro ASL.

Art. 3.

Nota 73 - Principi attivi: losartan e valsartan, classe a) «limitatamente ai pazienti che devono sospendere il trattamento con un ACE - inibitore a causa di una tosse persistente».

Nota 74 - Metrodin HP: classe a) per «induzione della spermatogenesi in uomini affetti da ipogonadismo ipogonadotropo, con prescrizione sulla base di un piano terapeutico di un medico esperto nel trattamento dell'infertilità maschile».

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME**CONFERENZA STATO REGIONI
SEDUTA DEL 20 MAGGIO 2004**

Oggetto: Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente “Attività dei Centri per educazione e riabilitazione visiva e criteri di ripartizione delle risorse di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 284”

Repertorio Atti n. 2014 del 20 maggio 2004

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

-l'articolo 1 della legge 28 agosto 1997, n. 284 prevede uno stanziamento annuo di 6 miliardi di vecchie Lire da destinare alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva;

-l'articolo 2, comma 1 della richiamata legge prevede che lo stanziamento di cui all'articolo 1 è destinato, quanto a 5 miliardi di vecchie Lire, alle Regioni per la realizzazione delle iniziative di cui al medesimo articolo, da attuare mediante convenzione con i centri specializzati, per la creazione di nuovi centri, dove questi non esistano, ed il potenziamento di quelli già esistenti;

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

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

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

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

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

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

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

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome hanno espresso il loro assenso sull'accordo in oggetto;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell' 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

sancisce

il seguente Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini sottoindicati

- è definita la tipologia delle attività dei Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva a cui affidare la realizzazione di interventi di prevenzione della cecità e di riabilitazione visiva, di cui al documento che si allega sub 1, quale parte integrante del presente accordo;
- sono delineati nel medesimo allegato 1) i compiti e le attività che costituiscono specifico ambito operativo dei centri, fermi restando i requisiti organizzativi e strutturali già individuati nei decreti del Ministro della Sanità 18.12.1997 e 10.11.1999;
- alle Regioni e alle Province Autonome spetta la determinazione delle modalità organizzative a livello locale;
- vengono individuati i criteri di ripartizione dei finanziamenti previsti dalla Legge 28 agosto 1997, n. 284, nonché le modalità di rilevazione delle attività svolte ai fini della valutazione dei risultati da parte del Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 2, comma 6 della medesima legge, di cui al documento che si allega sub 2, unitamente alle relative tabelle (All. sub 2.1), quale parte integrante del presente accordo;
- le Regioni e le Province Autonome si impegnano a promuovere forme di collaborazione interregionale finalizzate ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, sia economiche che professionali.

Il Segretario
f.to Carpino

Il Presidente
f.to La Loggia



Presidentessa del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

All. 1)

I- TIPOLOGIA DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI PER L'EDUCAZIONE E LA RIABILITAZIONE FUNZIONALE VISIVA

Il campo di attività dei *Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva*, così come individuato dalla legge 28 agosto 1997, n. 284 non riguarda tutti gli interventi mirati alla tutela della salute visiva, ma si concentra in attività di prevenzione della cecità e riabilitazione funzionale visiva che, per poter essere correttamente monitorate e valutate, necessitano di essere connotate e individuate in maniera univoca.

A tal proposito, è opportuno sottolineare che lo spirito della legge sia quello di richiamare l'attenzione sulla necessità di contrastare, nel modo più efficace possibile, la disabilità visiva grave, che comporta una situazione di handicap tale da diminuire significativamente la partecipazione sociale di coloro che ne sono affetti.

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

Considerando l'ampiezza e la differenziazione delle aree patologiche, anche in rapporto all'età dei soggetti interessati, le Regioni e Province Autonome possono prevedere l'assegnazione di ~~funzioni più specifiche e specialistiche a ciascun dei centri individuati, in modo da poter essere~~

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

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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

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

La più importante distinzione operativa concerne la differenza esistente tra soggetti in età evolutiva (infanzia, adolescenza, da 0 a 18 anni) e soggetti in età adulta, sia in relazione alla specificità dei bisogni, e quindi agli obiettivi di intervento, sia in relazione alle modalità di attuazione dei trattamenti.

Per ciascuna fascia di età viene proposta la tipologia di attività necessarie per attivare un corretto programma riabilitativo.

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

In questa fascia di età una particolare attenzione va dedicata alla I e II infanzia (0 – 12 anni). Questi pazienti, infatti, presentano bisogni riabilitativi molto complessi perché l'ipovisione, oltre a determinare una disabilità settoriale, interferisce con lo sviluppo di altre competenze e funzioni (motorie, neuropsicologiche, cognitive, relazionali).

Infine, è opportuno ricordare che le minorazioni visive della prima infanzia sono spesso associate ad altri tipi di minorazioni. Anche per tale ragione, occorre che la presa in carico riabilitativa venga condotta sulla base di una duplice competenza: quella di tipo oftalmologico e quella relativa allo sviluppo delle funzioni neurologiche e neuropsicologiche.

Per questa fascia di età, oltre alle competenze dell'area oftalmologica, potrà pertanto rendersi necessaria la collaborazione con operatori della neuropsichiatria infantile.

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

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

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

B) RIABILITAZIONE FUNZIONALE E VISIVA PER PAZIENTI IN ETÀ ADULTA

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

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

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

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

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

All.2)

**II – CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI FONDI ALLE REGIONI E DOCUMENTAZIONE
DELLE ATTIVITA' E MODALITA' DELLA RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA'
SVOLTE**

- a) Lo stanziamento dei fondi di cui all'articolo 2, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284, è ripartito ogni anno tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in proporzione alla popolazione residente, nella misura del 90% e, per il rimanente 10% in proporzione del numero totale dei ciechi civili – riconosciuti tali dalle Commissioni di accertamento dell'invalidità civile ai sensi della legge 15 ottobre 1990, n. 295 -, ufficialmente censiti in ciascuna Regione e Provincia Autonoma in quanto percettori di indennità per cecità totale o parziale.
- b) L'erogazione del contributo spettante a ciascuna Regione e Provincia Autonoma è comunque subordinato alla presentazione degli elementi informativi sulle attività svolte, che devono essere forniti entro il 30 giugno di ciascun anno, ai sensi dell'articolo 2, comma 6
- c) Le modalità di rilevazione delle attività di cui sopra devono essere forniti tramite le schede di rilevazione allegate, che costituiscono parte integrante del presente accordo, che saranno oggetto di revisione periodica per ottimizzare la rilevazione.

**RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI PER L'EDUCAZIONE E LA
RIABILITAZIONE VISIVA**

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA _____

ANNO DI RIFERIMENTO _____

ELENCO DEI CENTRI PER L'EDUCAZIONE E LA RIABILITAZIONE VISIVA
PRESENTI NEL TERRITORIO DELLA REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA

1)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato convenzionato ☐
2)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato convenzionato ☐
3)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato convenzionato ☐
4)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato convenzionato ☐
5)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato convenzionato ☐
6)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato convenzionato ☐
7)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato ☐
8)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato convenzionato ☐
9)	Denominazione del Centro
	Indirizzo
	(Indicare se il centro è pubblico o privato convenzionato: pubblico ☐ privato convenzionato ☐

Regione/Provincia Autonoma:

Denominazione e sede del Centro:

Anno di riferimento:

Tabella 1 – Personale operante nel centro

	personale dipendente		personale convenzionato		personale con rapporto di consulenza
	Numero		Numero		Numero
Medico specialista in oftalmologia					
Psicologo					
Ortottista assistente in oftalmologia					
Infermiere					
Assistente sociale					
ALTRO (specificare la tipologia e il numero corrispondente)					

Anno di riferimento:

[illegible]

Totale dei casi e degli accessi

Regione/Provincia Autonoma:

Denominazione e sede del Centro:

Anno di riferimento:

Tabella 3 -- distribuzione delle prestazioni per fascia di età

Tipologia di prestazione	n° casi				n° prestazioni effettuate			
	0-18 anni	19-65 anni	> 65 anni	Totale	0-18 anni	19-65 anni	> 65 anni	Totale
Riabilitazione visiva								
Orientamento e mobilità								
Utilizzo barra braille (con o senza sintesi vocale)								
Riabilitazione dell'autonomia								
Addestramento all'uso di ausili tecnici e altre facilitazioni per la letto-scrittura								
Riabilitazione neuropsicosensoriale								
Valutazione diagnostico funzionale non seguita da altri interventi								
altro (specificare)								
Totali								

Tabella 4 - Tipo di regime assistenziale nel quale vengono erogate le prestazioni

	Numero di soggetti	Numero prestazioni
domiciliare		
ambulatoriale		
day hospital		
ricovero		
semiresidenziale		
residenziale		

NOTE PER LA COMPILAZIONE**Tabella 1**

Indicare il numero degli operatori che lavorano nel centro per ciascuna tipologia, suddiviso in personale dipendente, convenzionato e in rapporto di consulenza

Tabella 2

- 1) Per numero di casi si intende la somma di tutti i soggetti che sono entrati in contatto con il Centro per ricevere almeno una prestazione;
- 2) Per numero di accessi si intende la somma di tutte le volte che ogni singolo soggetto entra in contatto con il Centro per ricevere una o più prestazioni inerenti il progetto riabilitativo (a prescindere dalla sede in cui viene erogata la prestazione stessa)

Tabella 3

Indicare il numero totale dei soggetti e delle prestazioni effettuate per ciascuna delle tipologie di attività previste, suddivise per le tre fasce di età

Tabella 4

Indicare il numero totale dei soggetti e delle prestazioni effettuate per ciascuna delle quattro tipologie di regime assistenziale indicate.

CAPITOLO 2087

Anno 2004

SCHEMA DI RIPARTO DELLA SOMMA DA ASSEGNARE ALLE REGIONI AI SENSI DELLA LEGGE 284/1997, ART. 2, COMMA 1.
(90% popolazione; 10% n° ciechi invalidi)

	REGIONI E PROVINCE AUTONOME	Popolazione	quota popolazione	totale ciechi invalidi	quota n° ciechi civili	totale popol.+ciechi
1)	Piemonte	4.231.334	171.557,43	8.419	18.473	190.031
2)	Valle d'Aosta	120.909	4.902,20	238	522	5.424
3)	Lombardia	9.108.645	369.305,69	13.989	30.695	400.001
4)	Prov.Aut. Bolzano	467.338	18.948,00	682	1.496	20.444
5)	Prov.Aut. Trento	483.157	19.589,37	699	1.534	21.123
6)	Veneto	4.577.408	185.588,84	7.392	16.220	201.809
7)	Friuli Venezia Giulia	1.191.588	48.312,37	2.276	4.994	53.306
8)	Liguria	1.572.197	63.743,98	3.540	7.768	71.512
9)	Emilia Romagna	4.030.220	163.403,36	7.819	17.157	180.560
10)	Toscana	3.516.296	142.566,55	8.066	17.699	160.265
11)	Umbria	834.210	33.822,65	2.311	5.071	38.894
12)	Marche	1.484.601	60.192,44	3.411	7.485	67.677
13)	Lazio	5.145.805	208.634,22	8.716	19.125	227.759
14)	Abruzzo	1.273.284	51.624,70	3.716	8.154	69.779
15)	Molise	321.047	13.016,70	949	2.082	15.099
16)	Campania	5.725.098	232.121,38	9.786	21.473	253.594
17)	Puglia	4.023.957	163.149,43	9.389	20.602	183.751
18)	Basilicata	596.821	24.197,82	1.343	2.947	27.145
19)	Calabria	2.007.392	81.388,76	4.822	10.581	91.969
20)	Sicilia	4.972.124	201.592,41	15.367	33.719	235.311
21)	Sardegna	1.637.639	66.397,30	4.754	10.431	76.829
	Totali	57.321.070	2.324.055,60	117.684	258.228,40	2.582.284

Popolazione residente: dati ISTAT 2003

Ciechi invalidi: dati anno 2004 forniti da: INPS, Regione Valle d'Aosta, Prov. Aut. Trento, Prov. Aut. Di Bolzano