

- l'individuazione dei migliori percorsi di accesso dei pazienti e dei migliori percorsi riabilitativi, attraverso anche l'individuazione di moduli standard

- l'ideazione di percorsi di orientamento e mobilità, autonomia personale e autonomia domestica attraverso training in interni e in esterno.

B) Allo scopo di sperimentare e promuovere l'innovazione tecnologica in campo riabilitativo, l'attività di ricerca continua anche nel 2010 in alcuni ambiti di applicazione di ausili ottici, software e metodologia di esercizi per la riabilitazione:

- ricerca e aggiornamento di ausili ottici - elettronici per l'ipovisione presenti sul mercato

- approfondimenti in ambito informatico e verifica degli ausili software esistenti

- elaborazione di esercizi riabilitativi ambulatoriali e/o domiciliari per le diverse categorie dell'ipovisione

- studio di confronto tra il test CV% secondo Zingirian-Gandolfo e la metodica di Estermann (in fase di pubblicazione)

- studio sull'efficacia dell'utilizzo dei filtri medicali nel paziente ipovedente con deficit centrale

- studio dal titolo "L'informatica per migliorare la funzionalità visiva-residua nelle degenerazioni maculari senili", progetto pilota multicentrico realizzato con Associazione Retinitis onlus al fine di individuare una nuova metodica informatica di valutazione funzionale del paziente con menomazione visiva.

C) In occasione del Simposio internazionale sono stati presentati i risultati preliminari delle ricerche premiate con il Bando Internazionale del Polo nazionale 2008 nel campo della sperimentazione terapeutica per patologie degenerative, tumorali e neovascolari e nell'applicazione delle cellule staminali per la rigenerazione retinica,

D) Inoltre continua la raccolta di dati statistici ed epidemiologici sulla riabilitazione al fine di fornire una panoramica e un quadro dettagliato e finalmente univoco sullo stato della riabilitazione in Italia. Considerando il ruolo importante affidato al Polo Nazionale da parte del Ministero della Salute, i dati raccolti permetteranno di individuare le aree di manovra per l'ideazione di politiche sanitarie di prevenzione e di risparmio sulla spesa sanitaria.

E) L'intensa attività assistenziale ha permesso pertanto ai ricercatori del Polo di arruolare nuovi pazienti per le ricerche iniziate nel 2008 che vedranno pubblicare i risultati durante il 2011. In particolare, ci riferiamo ai seguenti progetti:

- ◇ La quantificazione del danno perimetrico
- ◇ L'utilizzo e l'efficacia dei filtri nella riabilitazione alla lettura dei soggetti con menomazione visiva
- ◇ Prisms v fixation stability study protocol (Partecipazione allo Studio Multicentrico Internazionale Low Vision Rehabilitation Program, Department of Ophthalmology, University of Toronto)
- ◇ "Relationship between fixation stability mesasured with MP1 and reading performance"

**Convegni e seminari:**

Il Polo Nazionale ha collaborato con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'organizzazione a Roma dal 15 al 17 novembre, di un meeting di esperti internazionali sui programmi di sanità pubblica per la gestione del paziente affetto da degenerazione maculare legata all'età. Il lavoro porterà alla definizione di un documento ufficiale dell'OMS che verrà inviato a tutti i paesi partecipanti dell'Assemblea Mondiale affinché vengano recepite le raccomandazioni elaborate dal gruppo di esperti per migliorare la capacità dei locali sistemi sanitari di affrontare una delle patologie più invalidanti del pianeta..

Continua la partecipazione attiva a convegni di settore e grandi eventi internazionali.

In particolare il personale del Polo Nazionale è stato invitato ai seguenti convegni nazionali e internazionali con presentazioni di comunicazioni, poster e partecipazioni a riunioni per specializzati.

- Congresso della Società di Oftalmologia Italiana (SOI), Simposio IAPB "il ruolo dell'ortottista nella riabilitazione visiva", Milano 25 novembre 2010
- Corso di perfezionamento in riabilitazione visiva 2010 (UCSC), interventi dal titolo: "il ruolo dell'ortottista", "gli esercizi nella riabilitazione del paziente

ipovedente”, “il soggetto ipovedente: l'importanza degli aspetti psicologici e della relazione operatore-paziente nel percorso riabilitativo”, “Orientamento Mobilità e Autonomia Personale”

- First European Congress on Visual Impairment, Valladolid Spagna 21-24 ottobre 2010 (dove il Polo Nazionale ha partecipato come ente fondatore alla costituzione della European Society of Visual Impairment ESVI, la prima società europea dedicata alla riabilitazione visiva), si è presentato il poster dal titolo “relationship between fixation stability mesaured with MP1 and reading performance” (con le opportune integrazioni è già in fase di scrittura per la pubblicazione)
- American Academy of Ophtalmology, relazione “Microperimetry as a tool for low vision rehabilitation”, Chicago 15-19 ottobre 2010
- Corso di perfezionamento in riabilitazione visiva, Potenza marzo-aprile 2010: il Polo ha svolto docenza sui seguenti temi: ipovisione, riabilitazione, aspetti medico legali, la psicologia nella riabilitazione, il team multidisciplinare, approccio clinico e inquadramento neuro-funzionale e follow-up del paziente ipovedente in età evolutiva e adulta, progetto riabilitativo, ausili ottici, elettronici e tiflotecnici.

Il Polo ha dedicato quest'anno gran parte delle sue energie all'organizzazione del “**Il Simposio Internazionale sulla Riabilitazione Visiva dell'Ipovedente**” tenutosi a Roma dal 15 al 17 dicembre 2010. Il simposio ha visto la partecipazione di oltre 30 relatori internazionali e circa 600 iscritti, tra oculisti, ortottisti, sociologie e ottici.

Il razionale del simposio ha richiesto energie, studi e indagini ai fini della costruzione di un programma che soddisfacesse più aspetti della riabilitazione e colmasse le maggiori lacune attualmente presenti in materia.

L'obiettivo primario del Simposio è stato quello di porre l'attenzione alle esigenze e alle necessità di tutte le persone che, a causa delle ridotte capacità visive, hanno perso la propria autonomia con grave pregiudizio non solo in termini di salute fisica, ma soprattutto psicologica, che spesso ne determina una vera e propria emarginazione sociale. Proprio per dare risposte concrete alle istanze degli ipovedenti e tutelarne gli aspetti clinici, psicologici, assistenziali e sociali, si sviluppa la necessità di un dibattito e di un confronto internazionale sulla riabilitazione visiva.

Il Simposio ha rappresentato un'occasione fondamentale di confronto scientifico tra i maggiori esperti nazionali e internazionali sui differenti modelli e metodi di riabilitazione visiva, sull'innovazione tecnologica e sugli strumenti e ausili ottici, elettronici e informatici per l'ipovisione.

Si è aperto con un'analisi dello stato dell'arte in materia di riabilitazione, evidenziando passato, presente e futuro della disciplina riabilitativa.

La prima sessione "La riabilitazione visiva nel mondo", è stata rivolta a tutti gli operatori della riabilitazione, quali oculisti, ortottisti, psicologi; infatti le relazioni dei maggiori esperti dei paesi anglosassoni, nordici, latini e dell'Africa del Nord hanno mostrato l'eccellenza dei diversi percorsi riabilitativi, evidenziando anche differenze legate al sistema sanitario in cui si trovano ad operare; ciò rappresenta un importante momento di confronto tra modelli riabilitativi a livello internazionale, che ha permesso ai partecipanti di apprendere metodi e tecniche diverse di riabilitazione. Inoltre le differenti realtà culturali e sociali dei vari paesi rappresentati hanno evidenziato aspetti socio-assistenziali spesso riconosciuti come modello di efficienza.

Nel corso della seconda sessione scientifica la lettura magistrale sulla "plasticità cerebrale" ha costituito un momento fondamentale di apprendimento per l'importanza delle ultime scoperte scientifiche delle ricerche sull'argomento; così pure le due successive relazioni che sono

entrate nel merito dell'applicazione terapeutica delle nuove conoscenze per fornire alla platea informazioni utili alla pratica clinica quotidiana.

Di ricerca scientifica che guarda al futuro, ma che rappresenta già la quotidianità per il forte impatto sull'opinione pubblica, come ad esempio le cellule staminali, si è parlato nella terza sessione scientifica. I risultati delle ricerche presentate ( e realizzate grazie all'importante contributo del Polo Nazionale) hanno fatto luce sulla correttezza di alcune linee di ricerca, fornendo ai partecipanti l'opportunità di conoscere direttamente dalla voce dei ricercatori i reali tempi di realizzazione di alcune terapie future.

Ci sono stati poi approfondimenti specifici, quali la multidisciplinarietà della riabilitazione visiva, intesa come presa in carico globale del paziente ipovedente, e la valutazione di barriere psicologiche e demografiche (età; livello culturale; stato socio-economico) che influenzano il percorso riabilitativo. Questi argomenti hanno quindi introdotto alla tavola rotonda dal titolo: "Legge 284/97: le applicazioni in Italia".

La consapevolezza delle carenze del sistema e la mancanza di omogeneità sul territorio in questo campo sono stati al centro del confronto tra alcuni Centri di ipovisione nazionali per delineare differenze e buone pratiche esistenti, ma anche per ricercare insieme possibili soluzioni alle carenze del sistema. Gran parte dei partecipanti hanno così avuto modo di conoscere meglio e nei dettagli i contenuti della legge; le modalità di applicazione e si sono ricavate indicazioni sui punti di forza e sulle criticità che la legge presenta soprattutto al fine di tutelare il diritto dell'ipovedente a godere di un'assistenza globale.

La lettura magistrale che ha introdotto la tavola rotonda: "Riabilitazione visiva in età pediatrica" assegnata ad una delle figure più autorevoli sull'argomento, a livello internazionale, ha fornito alla platea uno strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità della popolazione infantile (Valutazione e classificazione della funzione visiva nei bambini con danni cerebrali in accordo con ICF-CY) .

La tavola rotonda inoltre ha messo a confronto le eccellenze che sul territorio italiano si trovano ad operare, con esperienza e professionalità, così da fornire ai partecipanti alcuni modelli di valutazione funzionale visiva e di protocolli riabilitativi propri dell'età evolutiva.

La sessione scientifica "Ipovisione e lavoro", ha invece affrontato una tematica di grande attualità quale l'inserimento nel mondo del lavoro del soggetto ipovedente, alla luce delle novità tecnologiche e degli ausili assistivi che ne ampliano le aree di impiego. I partecipanti sono stati informati circa le possibilità di integrazione nel mondo del lavoro dei loro assistiti con concreti e utili risvolti sulle politiche sociali.

La lettura magistrale dal titolo "Nuove sfide per i riabilitatori" ha avuto soprattutto lo scopo di fornire una panoramica sugli scenari e le opportunità terapeutiche che si aprono di fronte al riabilitatore, in virtù delle terapie mediche e parachirurgiche che in molti casi modificano la funzionalità visiva, con cambiamenti spesso a breve termine, ponendo al riabilitatore il problema di adattare di volta in volta l'ausilio alla nuova situazione. A tal proposito un aspetto innovativo e di particolare rilevanza, sino ad ora non ancora discusso, riguarda il rapporto tra la figura del clinico e quella del riabilitatore in funzione delle attuali e future terapie a disposizione nel trattamento della degenerazione maculare, del glaucoma, della retinopatia diabetica e delle patologie eredo-degenerative. Oltre a fornire informazioni su le più attuali terapie di patologie causa di ipovisione, la platea è stata stimolata ad una gestione di queste ultime in stretta collaborazione tra servizi di diagnosi e terapie e centro per la riabilitazione, al fine di promuovere un continuo e proficuo scambio che renda dinamica e completa l'assistenza del soggetto ipovedente.

La tavola rotonda "Prevenzione della cecità e riabilitazione nei paesi del Maghreb" ha offerto ai partecipanti l'opportunità di conoscere realtà apparentemente lontane ma l'effetto sperato è quello di alimentare nuovi slanci verso la solidarietà e la cooperazione.

Ampio spazio è stato dato infine alla sessione scientifica delle attuali ricerche in ambito riabilitativo, con particolare attenzione alle ricerche future (dall'occhi bionico attraverso il microcip alla retina artificiale) e all'innovazione metodologica e tecnologica, che permetterà in futuro un miglioramento nella gestione del percorso riabilitativo al fine di migliorare la qualità di vita dei soggetti ipovedenti. Le novità sulle applicazioni della tecnologia sia diagnostica che riabilitativa ai protocolli già in uso, hanno fornito ai medici oculisti, ai riabilitatori e a tutte le altre figure coinvolte nel percorso riabilitativo multidisciplinare, nuovi strumenti di lavoro.

### **Networking**

Il Polo Nazionale continua il lavoro di messa in rete dei centri di riabilitazione visiva sul territorio per scambiare conoscenze e informazioni, divulgare nuove scoperte o sperimentare nuove tecnologie, sviluppare insieme programmi di ricerca multicentrici e anche cercare di individuare soluzioni per tutte quelle mancanze e storture che quotidianamente mostra il sistema vigente in termini di presa in carico e tutela del paziente ipovedente.

Alcune ricerche del Polo Nazionale, quali ad esempio la ricerca epidemiologica, lo studio dei migliori percorsi e l'individuazione di indici qualitativi/quantitativi delle prestazioni, l'analisi delle novità tecnologiche, così come le attività di confronto con gli altri Centri, permettono al Polo Nazionale di elaborare strategie e proposte da indirizzare alle Istituzioni competenti, grazie all'azione dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità.

Si sottolinea in tale ambito anche la partecipazione del Polo Nazionale/ IAPB al Tavolo Tecnico Stato-Regioni sulla Riabilitazione visiva e la partecipazione alla stesura del Piano Nazionale di Prevenzione relativo a "ipovisione e cecità".

Il Polo Nazionale è inoltre stato individuato dal Ministero della Salute quale referente per l'analisi dei dati su attività di prevenzione e di riabilitazione che le Regioni inviano annualmente (L. 284/97), con particolare riguardo alle prestazioni effettuate dai Centri distribuiti territorialmente su ciascuna regione, alle figure professionali operanti e la tipologia di pazienti che vi accedono.

Si evidenzia infine la partecipazione del Polo Nazionale alla Commissione Nazionale per la Prevenzione della Cecità con l'obiettivo di riportare dati raccolti su prevenzione e riabilitazione e sviluppare linee guida per il futuro. I primi risultati di tale gruppo di lavoro, che coinvolge alcuni tra i maggiori esperti riconosciuti a livello nazionale, saranno presentati nel 2011.

Il Simposio Internazionale è stata un'ottima piattaforma di lancio di nuove connessioni per il network tra i Centri nazionali e internazionali, ma anche un'opportunità per fortificare rapporti già esistenti, chiarire necessità specifiche e, come sempre tra gli obiettivi del Polo Nazionale, dare risalto alla riabilitazione visiva che tanto sviluppo avrà nel prossimo futuro se si tiene conto dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente aumento dell'incidenza di patologie degenerative causa di ipovisione.

### **Conclusioni**

La crescita delle attività e il successo raggiunto da alcuni programmi di prevenzione, testimoniano l'impegno che la IAPB Italia onlus profonde nel raggiungimento delle finalità istituzionali. L'efficacia delle iniziative intraprese e la maggiore informazione sui servizi a disposizione hanno fatto sì che la popolazione si stia abituando a considerare la prevenzione oftalmica tra le buone prassi sanitarie. Al contempo la ricerca scientifica attraverso il Polo Nazionale afferma sempre più, a tutti i livelli, l'importanza della riabilitazione visiva dell'ipovedente e la sua integrazione sociale.

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



**APPENDICE**

Legge 28/08/1997 n. 284

Decreto Ministero della Sanita': 18/12/1997

Decreto 10 novembre 1999 : modificazioni al decreto 18/12/1997

Legge 3 aprile 2001, n. 138

Accordo 20 maggio 2004 tra Ministero della salute, Regioni e Province autonome

Tabella di ripartizione fra le Regioni delle quote di finanziamento – esercizio 2010 (su dati riferiti al 2009)

**Legge 28/08/1997 n. 284**

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

**Contenuti in sintesi**l'articolo n°1

stabilisce che alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione dei centri per l'educazione e riabilitazione visiva è destinato, a decorrere 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.

**D.M. 18 dicembre 1997**

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

**IL MINISTRO DELLA SANITÀ**

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

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

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

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

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

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

**Decreta:**

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

**Figure professionali di base<sup>3</sup>**

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

**Ambienti:**

ufficio-ricevimento;  
sala oculistica;  
sala di riabilitazione;  
sala ottico-tiflologica;  
studio psicologico;

<sup>3</sup> La parte del presente articolo, relativa alle figure professionali di base, è stata sostituita dall'articolo unico, D.M. 10 novembre 1999 (Gazz. Uff. 26 novembre 1999, n. 278).

servizi.

**Strumentazione e materiale tecnico:**

*1) per attività oculistiche:*

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

*2) per attività ottico-tiflologiche:*

cassetta di prova sistemi telescopici;  
sistemi ipercorrettivi premontati bi-oculari;  
tavolo ergonomico;  
leggio regolabile;  
sedia ergonomica con ruote e fermo;  
set di lampade a luci differenziate;  
set ingrandimenti e autoilluminanti;  
sistemi televisivi a circuito chiuso:  
a) in bianco e nero;  
b) a colori;  
c) portatile;  
personal multimediale, software di ingrandimento, barra Braille; voce sintetica, stampante Braille, Scanner, Modem per interfacciamento;  
sintesi vocale per ambiente grafico;  
kit per la mobilità autonoma;  
ausili tiflotecnici tradizionali;

*3) per attività psicologiche:*

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

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

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

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

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

**3.** Lo stanziamento di lire cinque miliardi di cui all'art. 2, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284 <sup>(4)</sup>, 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.

**DECRETO 10 novembre 1999*****Modificazioni al decreto ministeriale 18 dicembre 1997, concernente: "Requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'art. 2, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284".*****IL MINISTRO DELLA SANITA'**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Decreta:

**Articolo unico**

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

**"Figure professionali di base:**

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

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

Roma, 10 novembre 1999

Il Ministro: Bindi

***L. 3 aprile 2001, n. 138 (1).******Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici******1. Campo di applicazione.***

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

***2. Definizione di ciechi totali.***

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

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

***3. Definizione di ciechi parziali.***

1. Si definiscono ciechi parziali:

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

***4. Definizione di ipovedenti gravi.***

1. Si definiscono ipovedenti gravi:

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

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

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

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

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

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

**6. Definizione di ipovedenti lievi.**

1. Si definiscono ipovedenti lievi:

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

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

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

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