

- ✓ Forniscono prestazioni per tutte le età 36 centri; 8 esclusivamente per l'età evolutiva e 23 solo per la popolazione adulta. Per 3 centri non è stata indicata la tipologia.

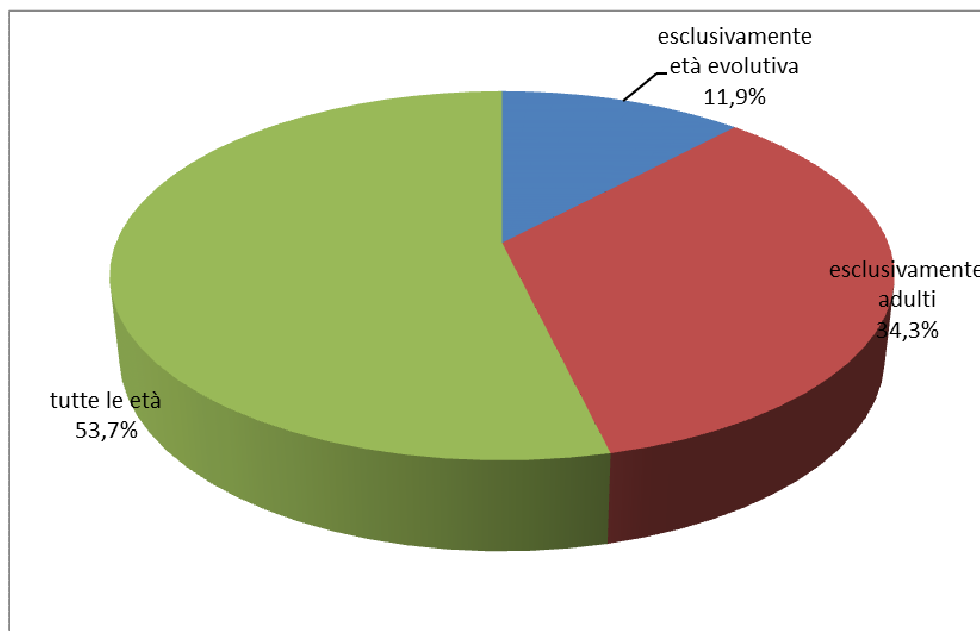


Figura 8 – Distribuzione percentuale dei centri regionali di riabilitazione visiva per et  dei destinatari delle prestazioni

- ✓ Per quanto riguarda la tipologia dell'assistenza, in base all'et  target della popolazione, si rileva una carenza, sull'intero territorio nazionale dei centri dedicati a svolgere riabilitazione in et  pediatrica, solo 11,9%, in aumento comunque rispetto al 2014, quando erano il 10,3 %. Questa criticit , rilevata anche gli anni precedenti riflette la difficolt  delle Regioni ad organizzare servizi dedicati alla riabilitazione in et  evolutiva, che necessariamente richiedono una elevata specializzazione del personale dedicato. Circa il 55% dei centri erogano servizi di riabilitazione visiva su tutte le fasce di et .

Le attivit  di riabilitazione visiva, svolte dalle Regioni nell'anno 2015, sono state finanziate per un totale complessivo di € 183.362,00, trasferito dal Ministero della salute, comprensivo di un accantonamento di fondi destinati alle Province Autonome di Trento e Bolzano pari € 3.083,86.

4.1 Censimento dei Centri Regionali

Di seguito si riporta l'elenco dei Centri regionali di riabilitazione visiva riconosciuti ai sensi della Legge 284/97 da cui si evidenzia una forte criticità, in quanto non esiste una correlazione fra la densità di popolazione territoriale ed il numero dei centri di riabilitazione visiva sul territorio, con un sovraccarico di attività in alcune regioni e la necessità che cittadini, bisognosi di specifiche prestazioni assistenziali di riabilitazione visiva, debbano e far riferimento necessariamente ad altre strutture, presenti in regioni differenti dalla propria di residenza.

REGIONE	Centri Riconosciuti ai sensi della Legge 284/97
PIEMONTE	Azienda Sanitaria Locale To4 Chivasso/Ivrea
PIEMONTE	Azienda Ospedaliera S. Antonio E Biagio E C. Arrigo- Alessandria
PIEMONTE	Azienda Sanitaria Locale Cn1 - Cuneo/ Fossano
PIEMONTE	Azienda Sanitaria Locale To1 Crv Ospedale Oftalmico C. Sperino Torino
PIEMONTE	Azienda Sanitaria Locale Vc - Vercelli
VALLE D'AOSTA	Ospedale Regionale U. Parini
LOMBARDIA	Centro Per L'educazione E La Riabilitazione Visiva (Centro Di Iprovisione Ospedale Melegnano Vizzolo Predabissi)
LOMBARDIA	Centro Per L'educazione E La Riabilitazione Visiva (A.O. Papa Giovanni Xxiii)
LOMBARDIA	Centro Di Neuroftalmologia Dell'età Evolutiva-Struttura Complessa Di Neuropsichiatria Infantile Irccs Ist. Neurolog. C.Mondino
LOMBARDIA	Irccs Fondazione Cà Granda Policlinico
LOMBARDIA	Centro Di Iprovisione E Riabilitazione Visiva- Clinica Oculistica- A.O. San Paolo
LOMBARDIA	Centro Iprovisione Dell'età Evolutiva Irccs E. Medea Ass. La Nostra Famiglia Bosisio Parini Lc
LOMBARDIA	Centro Per L'educazione E La Riabilitazione Visiva Azienda Ospedaliera Carlo Poma
LOMBARDIA	Centro Per L'educazione E La Riabilitazione Visiva U.O. Oculistica Ao "Istituti Ospitalieri"
LOMBARDIA	Centro Per L'educazione E La Riabilitazione Visiv- Centro Iprovisione- Spedali Civili
LOMBARDIA	Ospedale Sant'anna
LOMBARDIA	Centro Di Riabilitazione Visiva Fondazione Salvatore Maugeri
LOMBARDIA	Asst Ovest Mi Ospedale Legnano
LOMBARDIA	Centro Per La Diagnosi E La Riabilitazione Funzionale Per Bambini Con Deficit Visivo E/O Multidisabilità, Struttura Semplice A Valenza Dipartimentale Di Neuropsichiatria Infantile - Neuroriabilitazione Precoce Azienda Ospedaliera Spedali Civili Di Brescia Presidio Ospedale Dei Bambini-
LOMBARDIA	Asst Santi Paolo E Carlo
LOMBARDIA	Sette Laghi Varese
P.A. BOLZANO	Centro Ciechi St. Raphael
P.A. TRENTO	Irifor del Trentino

REGIONE	Centri Riconosciuti ai sensi della Legge 284/97
VENETO	Centro Regionale Specializzato Per La Retinite Pigmentosa (Uoa Oculistica, Po Di Caposampiero, Azienda Ulss N°15 Alta Padovana)
VENETO	Centro Regionale Specializzato Per L'ipovisione Infantile E Dell'età Evolutiva
VENETO	Centro Regionale Per L'otticopatìa Glaucomatosa E Retinopatia Diabetica
VENETO	Centro Di Riabilitazione Visiva Degli Ipovedenti (U.O.C. Di Oculistica Dell'ospedale S. Antonio Ulss 16 Istituto L Configliachi Per I Minorati Della Vista)
FRIULI VENEZIA GIULIA	Centri Di Riabilitazione Dell'associazione "La Nostra Famiglia" Di San Vito Al Tagliamento (Pn) E Di Pasian Di Prato (Ud)
FRIULI VENEZIA GIULIA	Istituto Regionale Rittmeyer Per I Ciechi Trieste
LIGURIA	Istituto David Chiossone Onlus
LIGURIA	U.O. Oculistica/Amb. Oft./ Ospedale S. Paolo
LIGURIA	Genova Clinica Oculistica-Irccs Az. Osp. Univ. S. Martino
EMILIA-ROMAGNA	Centro Ipovisione Ospedale Bufalini U. O. Oculistica Ausl Di Cesena
EMILIA-ROMAGNA	U.O. Oculistica - Centro Ipovisione P.O. Di Piacenza-Ospedale Guglielmo Da Saliceto
EMILIA-ROMAGNA	Centro Ipovisione Ausl Rimini-Riccione (Rn) C/O Ospedale Ceccarini
TOSCANA	Centro Regionale Di Educazione E Riabilitazione Visiva C/O Ospedale Piero Palagi
TOSCANA	I. Ri.Fo.R Pisa
UMBRIA	Centro Ipovisione E Riabilitazione Visiva Azienda Ospedaliera Di Perugia
MARCHE	Centro Di Ipovisione S.O.S. Di Oftalmologia Pediatrica
LAZIO	Crv Tor Vergata Roma B
LAZIO	Crv Lt, Ospedale Terracina
LAZIO	Centro Regionale S. Alessio-Margherita Di Savoia Per I Ciechi
ABRUZZO	Uo Oculistica Du/San Salvatore
ABRUZZO	Ospedale Civile Di Teramo
ABRUZZO	Clinica Oftalmologica/Polo Regionale Ipovisione/S.S. Annunziata
ABRUZZO	Centro Ipovisione M.Marullo/Ospedale Civile Spirito Santo
MOLISE	Centro Ipovisione Dell'u.O. Di Oculistica Del Presidio Ospedaliero "A.Cardelli"
CAMPANIA	Dip.Oftalmol Ii Univ Na
CAMPANIA	Osp Rummo Benevento
CAMPANIA	Aorn Caserta
CAMPANIA	Australia Avellino
PUGLIA	Centro Polivalente Di Riabilitazione La Nostra Famiglia "Eugenio Medea" Polo Regionale Di Ostuni (Br)
PUGLIA	Centro Educativo Riabilitativo Per Videolesi "Messeni Localzo"
PUGLIA	Istituto Per Ciechi "Anna Antonacci"
PUGLIA	Centro Cervi Policlinico Bari
BASILICATA	Centro Per L'ed. La Riab Visiva Potenza

REGIONE	Centri Riconosciuti ai sensi della Legge 284/97
CALABRIA	Centro Di Riferimento Regionale Di Ipovisione Uo Di Oculistica Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini"
SICILIA	Centro Di Ipovisione E Riabilitazione A.R.I.S. Ao Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello"
SICILIA	Centro Di Prevenzione Delle Patologie Oculari Uici Pa Sez. Prov
SICILIA	Uici Sez. Provinciale Messina
SICILIA	Uici Sez. Provinciale Siracusa
SICILIA	Uici Sez. Provinciale Trapani
SICILIA	Uici Sez. Provinciale Ragusa
SICILIA	Uici Sez. Provinciale Enna
SICILIA	Uici Ct Consiglio Regionale Siciliano
SICILIA	Uici Sez. Provinciale Agrigento
SICILIA	Uici Sez. Provinciale Caltanissetta
SICILIA	Uici Sez. Provinciale Catania
SARDEGNA	Centro Regionale Per L'educazione E La Riabilitazione Funzionale Del Paziente Ipovedente-Azienda Ospedaliera "G.Brotzu"

4.2 Tipologia di assistenza per Regione

Di seguito si riporta la distribuzione regionale dei centri in relazione alla fascia d'età dei destinatari dell'offerta di assistenza, da cui si evince ancora più chiaramente la distribuzione territoriale disomogenea: ben 9 regioni dichiarano un solo centro attivo, la Lombardia ne dichiara 16 e la Sicilia 11 (di cui 10 sono Sezioni Provinciali dell'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti). Tale disuguaglianza negli anni non ha presentato un significativo miglioramento. In particolare analizzando la presenza di Centri specifici per la riabilitazione in età evolutiva si possono individuare Centri di eccellenza solo nel Nord e parzialmente nel Centro Italia, costringendo le famiglie interessate a penosi e costosi spostamenti.

REGIONE	NUMERO DI CENTRI PER OFFERTA DI ASSISTENZA			
	esclusivamente età evolutiva	esclusivamente adulti	tutte le età	TOTALE
PIEMONTE	0	0	5	5
VALLE D'AOSTA	0	1	0	1
LOMBARDIA *	3	8	4	16
PROV.AUTON.TRENTO	0	0	1	1
PROV.AUTON.BOLZANO	0	0	1	1
VENETO	1	2	1	4
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	0	1	2
LIGURIA	0	2	1	3
EMILIA ROMAGNA	0	1	2	3
TOSCANA	0	0	2	2
UMBRIA	0	1	0	1
MARCHE	1	0	0	1
LAZIO	0	1	2	3
ABRUZZO *	0	3	0	4
MOLISE	0	1	0	1
CAMPANIA	0	1	3	4
PUGLIA	2	1	1	4
BASILICATA	0	0	1	1
CALABRIA	0	1	0	1
SICILIA *	0	0	10	11
SARDEGNA	0	0	1	1
ITALIA	8	23	36	70

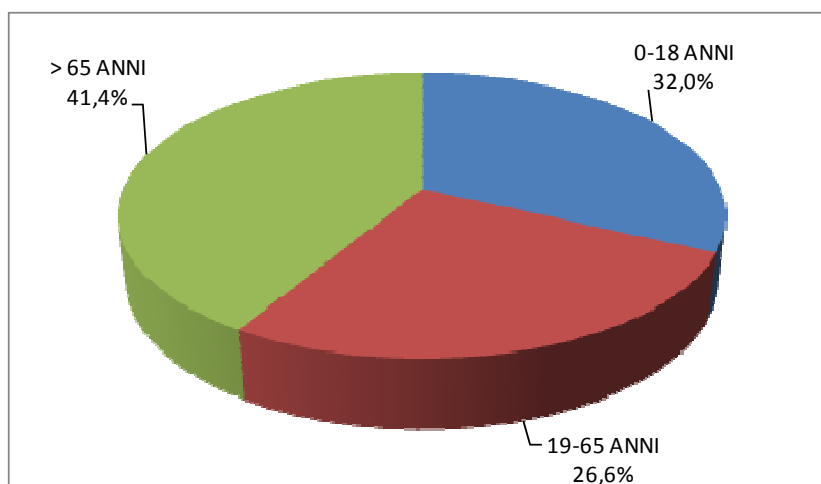
*Per un centro non è indicata la tipologia

4.3 Distribuzione per fascia d'età

Il numero dei casi dichiarati, che sono stati sottoposti a trattamenti riabilitativi, risulta essere 29.691. Si tratta di un valore estremamente basso rispetto alla stima degli ipovedenti in Italia (si parla di circa un milione). Inoltre si evidenzia una sproporzione tra i casi dell'età pediatrica – che in termini assoluti sono pochi anche se di grande rilevanza umana, sociale ed economica – e quelli dell'età adulta, soprattutto senile, che oggi rappresentano un'emergenza e una priorità – stabilita dall'OMS - per i Servizi Sanitari, in termini di prevalenza ed incidenza.

La conclusione più ovvia è quella che ancora si fa poco per la riabilitazione dell'ipovedente adulto. Questa sproporzione emerge anche dai dati delle singole Regioni.

	REGIONE			NUMERO DI CASI
	0-18 ANNI	19-65 ANNI	> 65 ANNI	TOTALE
PIEMONTE				1411
VALLE D'AOSTA	4	13	17	34
LOMBARDIA	2321	915	1938	4336
PROV.AUTON.BOLZANO	143	172	526	841
PROV.AUTON. TRENTO	44	107	321	472
VENETO	800	1294	1891	3984
FRIULI VENEZIA GIULIA	90	37	27	154
LIGURIA	278	88	197	748
EMILIA ROMAGNA	56	106	324	486
TOSCANA	481	432	727	1640
UMBRIA	10	20	376	406
MARCHE	230	82	60	372
LAZIO	172	696	1022	1888
ABRUZZO	40	99	1415	1554
MOLISE	1	11	36	48
CAMPANIA	305	1037	669	2011
PUGLIA	2084	518	577	3179
BASILICATA	598	196	298	1092
CALABRIA	65	790	680	1535
SICILIA*	364	490	335	1189
SARDEGNA	7	63	54	124
ITALIA	9504	7898	12289	29691



4.4 Distribuzione delle figure professionali

Il Decreto Ministeriale attuativo della legge 284/97 stabilisce, nei particolari, i requisiti che ogni Centro deve possedere sia in termini di personale, di ambienti, di strumentario. Dai dati inviati emerge che:

- ✓ Gli oculisti, figura centrale nella riabilitazione, non compaiono solo in 2 Regioni e nella maggior parte dei casi non sono medici dipendenti, ma lavorano prevalentemente in convenzione.

REGIONE	<i>MEDICI SPECIALISTI IN OFTALMOLOGIA</i>				
	<i>personale dipendente</i>	<i>personale convenzionato</i>	<i>personale con rapporto di consulenza</i>	<i>personale non indicata di tipologia rapporto</i>	<i>personale totale</i>
PIEMONTE	1	1	3	3	8
VALLE D'AOSTA	0	0	0	1	1
LOMBARDIA	1	0	0	22	23
PROV.AUTON. TRENTO	0	0	0	1	1
PROV.AUTON.BOLZANO	0	0	0	0	0
VENETO	4	2	1	0	7
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0	0	3	3
LIGURIA	0	0	0	7	7
EMILIA ROMAGNA	0	0	0	3	3
TOSCANA	0	0	0	3	3
UMBRIA	0	0	0	1	1
MARCHE	1	0	2	3	3
LAZIO	4	0	1	0	5
ABRUZZO*	0	0	0	5	5
MOLISE	0	0	0	1	1
CAMPANIA	2	0	0	5	7
PUGLIA	0	1	0	5	6
BASILICATA	0	0	0	3	3
CALABRIA	0	0	0	1	1
SICILIA	0	0	37	0	37
SARDEGNA	0	0	0	0	0
ITALIA	13	4	44	67	125

* per un centro non è indicato il personale

- ✓ Gli ortottisti assistenti di oftalmologia costituiscono il personale più numeroso dopo gli oculisti e sono presenti in tutti i centri. La loro presenza nella riabilitazione visiva è fondamentale come componenti dell'équipe. Non possono certamente essere indipendenti nella formulazione del progetto riabilitativo. Dei 117 ortottisti segnalati i dipendenti dichiarati sono solo 21. Ciò è un'ulteriore conferma della precarietà del personale utilizzato nella riabilitazione visiva.

REGIONE	ORTOTTISTI ASSISTENTI IN OFTALMOLOGIA				
	personale dipendente	personale convenzionato	personale con rapporto di consulenza	personale non indicata tipologia rapporto	personale totale
PIEMONTE	4	0	1	3	8
VALLE D'AOSTA	0	0	0	1	1
LOMBARDIA	0	0	0	26	26
PROV.AUTON. TRENTO	0	0	0	2	2
PROV.AUTON.BOLZANO	0	0	0	2	2
VENETO	6	1	0	0	7
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0	0	4	4
LIGURIA	0	0	0	8	8
EMILIA ROMAGNA	0	0	0	7	7
TOSCANA	0	0	0	2	2
UMBRIA	0	0	0	1	1
MARCHE	3	0	0	0	3
LAZIO	2	0	1	1	4
ABRUZZO*	0	0	0	5	5
MOLISE	0	0	0	1	1
CAMPANIA	1	0	0	5	6
PUGLIA	1	2	0	3	6
BASILICATA	0	0	0	3	3
CALABRIA	0	0	0	1	1
SICILIA	4	0	15	0	19
SARDEGNA	0	0	0	1	1
ITALIA	21	3	17	76	117

* per un centro non è indicato il personale

- ✓ Gli psicologi risultano in numero superiore rispetto all'anno precedente: da 36 si è passati a 55. Ciò rappresenta un fatto molto importante perché l'inquadramento e il sostegno psicologico sono essenziali nel percorso riabilitativo. Purtroppo non figurano ancora in 5 Regioni.

REGIONE	<i>PSICOLOGI</i>				
	<i>personale dipendente</i>	<i>personale convenzionato</i>	<i>personale con rapporto di consulenza</i>	<i>personale non indicata tipologia rapporto</i>	<i>personale totale</i>
PIEMONTE	0	0	2	4	6
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	0	0	0	9	9
PROV.AUTON.TRENTO	0	0	0	2	2
PROV.AUTON.BOLZANO	0	0	0	1	1
VENETO	0	1	0	0	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0	0	6	6
LIGURIA	0	0	0	2	2
EMILIA ROMAGNA	0	0	0	2	2
TOSCANA	0	0	0	5	5
UMBRIA	0	0	0	0	0
MARCHE	0	0	0	1	1
LAZIO	2	0	2	0	4
ABRUZZO *	0	0	0	0	0
MOLISE	0	0	0	0	0
CAMPANIA	0	0	0	1	1
PUGLIA	0	2	0	2	4
BASILICATA	0	0	0	0	0
CALABRIA	0	0	0	1	1
SICILIA	1	0	6	2	9
SARDEGNA	0	0	0	1	1
ITALIA	3	3	10	39	55

* per un centro non è indicato il personale

- ✓ Anche gli assistenti sociali risultano aumentati rispetto al 2014; sono addirittura raddoppiati: da 11 a 24. Questa è un'ulteriore conferma che sta prendendo sempre più piede la convinzione che la riabilitazione presuppone l'intervento multidisciplinare.

REGIONE	ASSISTENTI SOCIALI				
	<i>personale dipendente</i>	<i>personale convenzionato</i>	<i>personale con rapporto di consulenza</i>	<i>personale non indicata tipologia rapporto</i>	<i>personale totale</i>
PIEMONTE	0	0	0	0	0
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	0	0	0	4	4
PROV.AUTON.TRENTO	0	0	0	0	0
PROV.AUTON.BOLZANO	0	0	0	0	0
VENETO	0	0	0	0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0	0	2	2
LIGURIA	0	0	0	1	1
EMILIA ROMAGNA	0	0	0	1	1
TOSCANA	0	0	0	0	0
UMBRIA	0	0	0	0	0
MARCHE	0	0	0	1	1
LAZIO	0	0	2	0	2
ABRUZZO*	0	0	0	0	0
MOLISE	0	0	0	0	0
CAMPANIA	0	0	0	0	0
PUGLIA	0	1	0	2	3
BASILICATA	0	0	0	0	0
CALABRIA	0	0	0	0	0
SICILIA	8	0	2	0	10
SARDEGNA	0	0	0	0	0
ITALIA	8	1	4	11	24

* per un centro non è indicato il personale

✓ Anche la presenza degli infermieri sta aumentando di numero.

REGIONE	INFERMIERI				
	<i>personale dipendente</i>	<i>personale convenzionato</i>	<i>personale con rapporto di consulenza</i>	<i>personale non indicata tipologia rapporto</i>	<i>personale totale</i>
PIEMONTE	0	0	0	1	1
VALLE D'AOSTA	0	0	0	1	1
LOMBARDIA	0	0	0	10	10
PROV.AUTON. TRENTO	0	0	0	0	0
PROV.AUTON.BOLZANO	0	0	0	0	0
VENETO	7	0	0	0	7
FRIULIVENEZIA GIULIA	0	0	0	8	8
LIGURIA	0	0	0	5	5
EMILIA ROMAGNA	0	0	0	2	2
TOSCANA	0	0	0	1	1
UMBRIA	0	0	0	1	1
MARCHE	0	0	0	0	0
LAZIO	2	0	0	1	3
ABRUZZO *	0	0	0	1	1
MOLISE	0	0	0	1	1
CAMPANIA	2	0	0	2	4
PUGLIA	0	0	0	2	2
BASILICATA	0	0	0	0	0
CALABRIA	0	0	0	1	1
SICILIA	1	0	3	1	5
SARDEGNA	0	0	0	0	0
ITALIA	12	0	3	38	53

* per un centro non è indicato il personale

CONCLUSIONI

La presente Relazione annuale al Parlamento evidenzia senza dubbio che la normativa italiana in materia di prevenzione ipovisione e cecità è una garanzia nel nostro Paese per la tutela dei diritti delle persone con disabilità, in quanto stabilisce l'esistenza ed il funzionamento di specifici centri che devono erogare prestazioni specialistiche in ambito riabilitazione visiva e sostiene il lavoro dell'Agencia Internazionale per la prevenzione della Cecità e del suo Polo Nazionale.

Tuttavia per quanto concerne le prestazioni erogate e i servizi offerti non si è raggiunta ancora una omogeneità sull'intero territorio nazionale, obiettivo difficilmente raggiungibile anche a causa della riduzione dei fondi destinati alle Regioni per le prestazioni da erogare in ambito Legge 284/97, riduzione che mette a rischio la garanzia stessa dei diritti del disabile visivo.

Appare pertanto necessario un'armonizzazione delle attività su tutto il territorio nazionale che potrebbe partire da un comune metodo di raccolta dati, per esempio attraverso una digitalizzazione delle cartelle pazienti e delle attività di tutti i Centri, passando per lo scambio di buone pratiche, di modelli innovativi e di procedure standardizzate.

Da qui l'esigenza di ridare alla prevenzione e riabilitazione visiva l'attenzione che merita, anche considerati i numeri dell'epidemiologia e valutandone l'impatto socio-sanitario e di spesa pubblica che la mancata azione sta provocando.

Certamente fintanto che le stesse attività – soprattutto quelle relative alla riabilitazione visiva- non saranno ricomprese nei LEA, il taglio delle risorse impatterà sulle prestazioni erogate e sui servizi offerti ai disabili visivi, in forte contrasto con la Convenzione ONU sui diritti dei disabili.

E' pertanto auspicabile che possano essere almeno in parte reintegrate le risorse per finanziare i Centri regionali, al fine di diffondere e implementare quegli Standard sulla riabilitazione visiva per la cui definizione proprio l'Italia sta lavorando, a livello internazionale, in collaborazione con l'OMS.

APPENDICE NORMATIVA

C.1 Legge 28/08/1997 n. 284

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

Contenuti in sintesi

L'articolo n°1 stabilisce che alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione dei centri per l'educazione e riabilitazione visiva è destinato, a decorrere dal 1997 uno stanziamento annuo di lire 6.000.000 miliardi di lire.

L'articolo n°2 al comma 1, prevede di destinare 5.000.000 miliardi di lire alle regioni e province autonome per la realizzazione delle iniziative di cui all'articolo n°1, da attuare mediante la convenzione con centri specializzati, la creazione di nuovi centri ove non esistenti, ed il potenziamento di quelli già esistenti; al comma 6, stabilisce che le regioni, destinatarie del suddetto finanziamento, entro il 30 giugno di ciascun anno, forniscano al Ministero della sanità gli elementi informativi necessari per la valutazione dei risultati ottenuti nella prevenzione, educazione e riabilitazione visiva, tenendo conto del numero dei soggetti coinvolti e dell'efficacia; ai commi 3, 4, 5 stabilisce che la restante disponibilità di 1.000.000 miliardi di lire è assegnata alla sezione italiana dell'Agenzia Internazionale per la prevenzione della cecità, di seguito denominata Agenzia; che la predetta è sottoposta alla vigilanza del Ministero della sanità, al quale, entro il 31 marzo di ciascun anno, deve trasmettere una relazione sull'attività svolta nell'esercizio precedente, nonché sull'utilizzazione del contributo statale.

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

C.2 D.M. 18 dicembre 1997

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

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Vista la *legge 28 agosto 1997, n. 284*, recante: «Disposizioni per la prevenzione e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati»; Visto l'art. 1 della predetta legge che prevede uno stanziamento annuo di lire sei miliardi da destinare alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva; Visto l'art. 2, comma 1, della predetta legge che destina cinque miliardi dello stanziamento di cui sopra alle regioni per la realizzazione delle descritte iniziative; Visto l'art. 2, comma 2, della già citata legge che prevede la determinazione, con decreto del Ministro della sanità, dei criteri di ripartizione della quota di cui al precedente comma 1, nonché dei requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui al medesimo comma 1;

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

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

Decreta:

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

Figure professionali di base

medico specialista in oftalmologia;

psicologo;

ortottista assistente in oftalmologia;

infermiere o assistente sanitario;

assistente sociale.

Ambienti:

ufficio-ricevimento;

sala oculistica;

sala di riabilitazione;

sala ottico-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;
set di lampade a luci differenziate;
set ingrandimenti e autoilluminanti;
sistemi televisivi a circuito chiuso:
a) in bianco e nero;
b) a colori;
c) portatile;
personal multimediale, software di ingrandimento, barra Braille; voce sintetica, stampante Braille, Scanner, Modem per interfacciamento;
sintesi vocale per ambiente grafico;
kit per la mobilità autonoma;
ausili tiflotecnici tradizionali;

3) *per attività psicologiche:*

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

2. Le regioni e le province autonome, sulla base dei dati epidemiologici e previa ricognizione dei centri esistenti, sia pubblici che privati, da utilizzare per le attività di che trattasi, relativamente al territorio di competenza: *a)* definiscono gli obiettivi prioritari da perseguire nel campo d'applicazione della legge, ed i criteri per verificarne il raggiungimento; *b)* programmano le attività di prevenzione e riabilitazione degli stati di cecità e di ipovisione (riferita ai soggetti con acuità visiva inferiore ai 3/10 o con campo visivo inferiore al 10%); *c)* determinano il numero dei centri che a tali attività saranno deputati, ne disciplinano la pianta organica, il funzionamento e la gestione, ne verificano i risultati ottenuti.

3. Lo stanziamento di lire cinque miliardi di cui all'art. 2, comma 1, della *legge 28 agosto 1997, n. 284 (4)*, è ripartito tra le regioni e le province autonome sulla base dei sottostanti criteri: per i primi tre anni in proporzione alla popolazione residente; per gli anni successivi in proporzione ai dati di attività dei centri individuati, riferiti al numero di soggetti trattati nel corso del precedente anno solare, sia per accertamenti preventivi, sia interventi riabilitativi.

C.3 DECRETO 10 novembre 1999

Modificazioni al decreto ministeriale 18 dicembre 1997, concernente: "Requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui all'art. 2, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284".

IL MINISTRO DELLA SANITA'

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

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

Visto, in particolare, l'art. 2, comma 2, della stessa legge, che delega il Ministro della 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" é così modificato

"Figure professionali di base:

medico specialista in oftalmologia;

psicologo;

ortottista assistente in oftalmologia;

infermiere o assistente sanitario;

assistente sociale."

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

Roma, 10 novembre 1999

Il Ministro: Bindi

C.4 L. 3 aprile 2001, n. 138 (1).

Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici

1. Campo di applicazione.

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

2. Definizione di ciechi totali.

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

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

3. Definizione di ciechi parziali.

1. Si definiscono ciechi parziali:

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

4. Definizione di ipovedenti gravi.

1. Si definiscono ipovedenti gravi:

- a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione;
- b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 30 per cento.

5. Definizione di ipovedenti medio-gravi.

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

- a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione;
- b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 50 per cento.

6. Definizione di ipovedenti lievi.

1. Si definiscono ipovedenti lievi:

- a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 3/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione;
- b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 60 per cento.

7. Accertamenti oculistici per la patente di guida.

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

Accordo 20 maggio 2004

Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, concernente «Attività dei centri per educazione e riabilitazione visiva e criteri di ripartizione delle risorse, di cui alla L. 28 agosto 1997, n. 284» (2) (1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 26 luglio 2004, n. 173(2) Emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

LA CONFERENZA PERMANENTE

PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PA DI TRENTO E BOLZANO

Premesso che:

l'art. 1 della legge 28 agosto 1997, n. 284 prevede uno stanziamento annuo di 6 miliardi di vecchie lire da destinare alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e la gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva; *l'art. 2, comma 1 della richiamata legge* prevede che lo stanziamento di cui all'*art. 1* è destinato, quanto a 5 miliardi di vecchie lire, alle regioni per la realizzazione delle iniziative di cui al medesimo articolo, da attuare mediante convenzione con i centri specializzati, per la creazione di nuovi centri, dove questi non esistano, ed il potenziamento di quelli già esistenti;

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

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

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

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

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

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

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i presidenti delle regioni e delle province autonome hanno espresso il loro assenso sull'accordo in oggetto;

Acquisito l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281;

Sancisce il seguente accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini sottoindicati:

è definita la tipologia delle attività dei Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva a cui affidare la realizzazione di interventi di prevenzione della cecità e di riabilitazione visiva, di cui al documento che si allega *sub 1*, quale parte integrante del presente accordo; sono delineati nel medesimo allegato:

i compiti e le attività che costituiscono specifico ambito operativo dei centri, fermi restando i requisiti organizzativi e strutturali già individuati nei decreti del Ministro della sanità 18 dicembre 1997 e 10 novembre 1999;

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

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

nonché le modalità di rilevazione delle attività svolte ai fini della valutazione dei risultati da parte del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2, comma 6 della medesima legge, di cui al documento che si allega *sub 2*, unitamente alle relative tabelle (All. *sub 2.1*), quale parte integrante del presente accordo;

le regioni e le province autonome si impegnano a promuovere forme di collaborazione interregionale finalizzate ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, sia economiche che professionali.

Allegato 1

I - Tipologia delle attività dei centri per l'educazione e la riabilitazione funzionale visiva

Il campo di attività dei centri per l'educazione e la riabilitazione visiva, così come individuato dalla *legge 28 agosto 1997, n. 284* non riguarda tutti gli interventi mirati alla tutela della salute visiva, ma si concentra in attività di prevenzione della cecità e riabilitazione funzionale visiva che, per poter essere correttamente monitorate e valutate, necessitano di essere connotate e individuate in maniera univoca. A tal proposito, è opportuno sottolineare che lo spirito della legge sia quello di richiamare l'attenzione sulla necessità di contrastare, nel modo più efficace possibile, la disabilità visiva grave, che comporta una situazione di handicap tale da diminuire significativamente la partecipazione sociale di coloro che ne sono affetti.

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

Considerando l'ampiezza e la differenziazione delle aree patologiche, anche in rapporto all'età dei soggetti interessati, le regioni e province autonome possono prevedere l'assegnazione di funzioni più specifiche e specialistiche a ciascuno dei centri individuati.

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

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

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

La più importante distinzione operativa concerne la differenza esistente tra soggetti in età evolutiva (infanzia, adolescenza, da 0 a 18 anni) e soggetti in età adulta, sia in relazione alla specificità dei bisogni, e quindi agli obiettivi di intervento, sia in relazione alle modalità di attuazione dei trattamenti. Per ciascuna fascia di età viene proposta la tipologia di attività necessarie per attivare un corretto programma riabilitativo.

A) Riabilitazione funzionale e visiva per pazienti in età evolutiva (0-18 anni).

In questa fascia di età una particolare attenzione va dedicata alla I e II infanzia (0-12 anni).

Questi pazienti, infatti, presentano bisogni riabilitativi molto complessi perché l'ipovisione, oltre a determinare una disabilità settoriale, interferisce con lo sviluppo di altre competenze e funzioni (motorie, neuropsicologiche, cognitive, relazionali). Infine, è opportuno ricordare che le minorazioni visive della prima infanzia sono spesso associate ad altri tipi di minorazioni. Anche per tale ragione, occorre che la presa in carico riabilitativa venga condotta sulla base di una duplice competenza: quella di tipo oftalmologico e quella relativa allo sviluppo delle funzioni neurologiche e neuropsicologiche. Per questa fascia di età, oltre alle competenze dell'area oftalmologica, potrà pertanto rendersi necessaria la collaborazione con operatori della neuropsichiatria infantile.

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

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

B) Riabilitazione funzionale e visiva per pazienti in età adulta.

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

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

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

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

Legge istitutiva del Polo Nazionale: L. 291/03, art. 3, tabella A, finalità intervento 87.