

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 aprile 2004, n. 549.

Legge 284/1997 «Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi plurimminorati». Approvazione linee guida regionali Pag. 36

**ATTI DIRIGENZIALI DI GESTIONE
DIPARTIMENTO ECONOMICO E OCCUPAZIONALE**

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE 19 aprile 2004, n. 584.

Legge regionale 20 agosto 2001, n. 22: «Iniziativa di riqualificazione del territorio del centro storico di Roma» e successive modifiche ed integrazioni. Approvazione del bando per la presentazione delle domande di accesso agli incentivi previsti dall'art. 2 della legge. Approvazione modulistica » 64



REGIONE LAZIO

249 - 2 APR. 2004 9

Oggetto: Legge 284/1997 "Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati". Approvazione linee guida regionali.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTO il decreto legislativo 30/12/92, n. 502 concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge 28/8/97, n. 284 "Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati";

VISTO l'art. 2 della predetta legge che prevede uno stanziamento annuo di lire 5.000 milioni alle regioni da destinare alle iniziative per la prevenzione della cecità e per la realizzazione e gestione di centri per l'educazione e la riabilitazione visiva;

VISTO il decreto del Ministero della Sanità del 18/12/97 che determina i requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui al predetto art. 2 della legge 284/97, nonché i criteri di ripartizione dei fondi previsti dal medesimo articolo;

VISTO il provvedimento 7 maggio 1998 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano "Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione";

VISTA la legge 3/4/2001, n. 138 "Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici";

VISTA la deliberazione del Consiglio regionale n. 114 del 31/7/02 "Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 - PSR che con riguardo alle persone con ipovisione individua due aree di intervento:

1. Promuovere la prevenzione e aumentare le conoscenze sulla epidemiologia delle patologie oculari - che prevede promozione di iniziative di ricerca scientifica e di campagne di sensibilizzazione ed informazione, interventi di educazione sanitaria, elaborazione di linee guida per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie oculari, sperimentazione ed istituzione di un Registro dei soggetti ipovedenti;

2. Promuovere la qualità degli interventi assistenziali e riabilitativi - che prevede elaborazione di linee guida per gli interventi riabilitativi in favore degli ipovedenti, la realizzazione di una offerta assistenziale integrata tra centri di diabetologia e di oftalmologia per la cura della retinopatia diabetica, la promozione di una rete integrata di assistenza domiciliare per i portatori di disabilità visive, l'istituzione di almeno un centro regionale residenziale di riabilitazione per l'ipovisione dell'età adulta, interventi di formazione specifica ed integrata per gli operatori del settore;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 2109 del 20/4/99 che individua n. tre centri per le finalità di cui alla legge 284/97 e precisamente:

- o A.S.L. Roma C - Ospedale C.T.O. A. Alesini
- o A.S.L. di Latina - Poliambulatorio ex INAM di Latina
- o A.S.L. Roma E - Ospedale Oftalmico



M



REGIONE LAZIO

249 - 2 APR. 2004

assegnando finanziamenti pari a lire 135.000.000 cadauna alle AA.SS.LL. Roma C e Latina per i rispettivi Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva e pari a lire 140.000.000 per l'attività del Centro che fa capo alla ASL Roma E;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1094 del 2/8/02 con la quale:

1) si individuano n. due ulteriori Centri di riferimento per le finalità di cui alla legge 284/97 e precisamente:

- Università Tor Vergata di Roma - Unità Operativa di Oftalmologia
- Centro regionale S. Alessio Margherita di Savoia

che vanno, pertanto, ad aggiungersi alle tre strutture già precedentemente individuate con la DGR 2109/99;

2) si costituisce un Gruppo di lavoro con l'obiettivo di:

- fornire indicazioni per il monitoraggio epidemiologico della disabilità visiva;
- fornire indicazioni o proposte utili alla formazione degli operatori, ecc.
- fornire indicazioni utili per l'emanazione di linee guida per la diagnosi precoce delle patologie della disabilità visiva;
- contribuire alla redazione del rapporto nel quale, ai sensi dell'art. 2 comma 6 della legge 284/97, la regione fornisce al Ministero della Sanità, entro il 30 giugno di ciascun anno, gli elementi informativi necessari per la puntuale valutazione dei risultati ottenuti nella prevenzione della cecità, nell'educazione e nella riabilitazione visiva, tenendo conto del numero dei soggetti coinvolti e dell'efficacia;



PRESO ATTO che il Gruppo regionale di cui sopra, dopo una serie di riunioni tenutesi nel corso degli anni 2002 e 2003, ha elaborato ed approvato un documento - che si allega alla presente deliberazione formandone parte integrante - contenente le linee guida per gli interventi riabilitativi in favore degli ipovedenti;

RAVVISATA l'opportunità di adottare predette linee guida che si inseriscono appieno nell'ambito delle direttive e degli interventi previsti dalla programmazione sanitaria regionale e nazionale, che forniscono utili indicazioni agli operatori del settore per i quali rappresentano un indispensabile strumento di lavoro e che consentono di uniformare, inoltre, le modalità degli interventi nell'ambito della riabilitazione visiva dell'ipovedente

DATO ATTO che la presente deliberazione non è soggetta alla procedura di concertazione con i ceti sociali, **ALL'UNANIMITA'** DELIBERA

Per le motivazioni suesposte che formano parte integrante della presente deliberazione:
Di approvare le allegate linee guida regionali per la riabilitazione visiva in favore degli ipovedenti..



presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini



- 7 APR. 2004

Allegato costituito da n. 26 pagine

LINEE GUIDA PER GLI INTERVENTI RIABILITATIVI
IN FAVORE DEGLI IPOVEDENTI



ALLEG. alla DELIB. N. 249
DEL - 2 APR. 2001

PREMESSA

Si definiscono ipovedenti le persone con residuo visivo inferiore a 3/10 in entrambi gli occhi, anche con eventuale correzione e le persone il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 60%. Gli ipovedenti sono persone con disabilità visiva tale da non consentire loro l'adeguato svolgimento delle attività della vita quotidiana. Essi sono i destinatari della riabilitazione visiva.

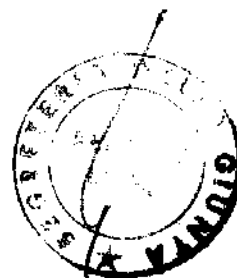
La riabilitazione visiva mira a far raggiungere al soggetto il miglior livello possibile di vita sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative e riguarda, pertanto, anche aspetti psicologici e sociali. Si traduce quindi nel miglioramento della qualità di vita della persona.

Le linee guida per le attività di riabilitazione emanate dal Ministero della Sanità (Provvedimento 7.05.1998) sintetizzano le finalità dell'intervento riabilitativo come segue:

- 1) recupero della competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è stata persa;
- 2) evocazione di competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- 3) necessità di porre barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico degenerative riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione.

L'intervento riabilitativo in favore degli ipovedenti persegue finalità diverse a seconda della fascia di età cui si rivolge:

- nell'**età adulta e anziana** mira ad ottimizzare l'uso delle capacità visive residue per il mantenimento dell'autonomia e della qualità di vita soddisfacente in relazione ai bisogni individuali;
- nell'**età evolutiva** mira a sviluppare potenzialità che altrimenti non avrebbero modo di esprimersi.



STRATEGIA DELLA RIABILITAZIONE VISIVA

Nella riabilitazione esistono sia attività sanitarie di riabilitazione che attività di riabilitazione sociale così definite:

- le attività sanitarie di riabilitazione sono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici o altre procedure finalizzate a ridurre le disabilità dell'ipovedente nelle attività di vita quotidiana, nelle relazioni sociali, lavorative, scolastiche e familiari;
- le attività di riabilitazione sociale sono le azioni e gli interventi finalizzati a garantire la massima partecipazione alla vita sociale con la minor restrizione possibile nelle scelte operative.

La riabilitazione visiva richiede la presa in carico globale dell'ipovedente che si concretizza attraverso l'elaborazione di un progetto riabilitativo il quale si realizza attraverso un programma riabilitativo individualizzato.

La riabilitazione visiva rientra in un progetto generale di riabilitazione in cui la riduzione visiva può presentarsi come singola disabilità o nel complesso di una disabilità che coinvolge diverse funzioni della persona.

Coloro che presentano come principale causa della disabilità quella visiva, sono presi in carico dai Centri di Riabilitazione Visiva. L'oftalmologo è il responsabile del progetto riabilitativo multidisciplinare. Laddove invece la minorazione visiva non sia la principale causa di disabilità del paziente, la riabilitazione visiva si integra nel progetto riabilitativo complessivo.

Le figure professionali di base operanti nel Centro di Riabilitazione visiva sono quelle riportate dal Decreto Ministero della Sanità 18 dicembre 1997:

- oftalmologo
- psicologo
- ortottista, assistente in oftalmologia
- infermiere professionale
- assistente sociale

Nel progetto riabilitativo, inoltre, è consentito l'utilizzo dell'operatore tiflogico, così come previsto dalla nota dell'Assessorato regionale alla Sanità prot. n. 38322/10E del 1.8.2002.

Il soggetto che accede al Centro di Riabilitazione visiva deve essere affetto da patologia visiva stabilizzata e/o ingravescente diagnosticata da un oftalmologo.



Interventi riabilitativi visivi in favore di ipovedenti in età adulta e anziana

La realizzazione del progetto riabilitativo visivo degli ipovedenti in età adulta ed anziana deve tenere conto e soddisfare le esigenze espresse dal paziente, funzionali al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile.

Per l'analisi funzionale e visiva degli ipovedenti in età adulta ed anziana vedi allegato 1 e 2.

Interventi riabilitativi visivi in favore di ipovedenti in età evolutiva

I soggetti in età evolutiva sono portatori di bisogni riabilitativi più complessi rispetto a quelli dell'adulto perché l'ipovisione interferisce nel processo di sviluppo e di apprendimento. La complessità nella realizzazione del progetto riabilitativo visivo in età evolutiva è data anche dalla difficoltà o impossibilità di collaborazione dei pazienti alle indagini clinico strumentali ed ai trattamenti, nonché dalla loro impossibilità di esprimere in modo esaustivo le proprie necessità.

Per l'analisi funzionale e visiva degli ipovedenti in età evolutiva vedi allegato 3.

SISTEMA INFORMATIVO

I dati delle attività dei *Centri di Riabilitazione visiva della Regione Lazio* confluiscono nel Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (denominato SIAR) sviluppato e gestito dall' Agenzia di Sanità Pubblica, già attivo dal 1.01.2003 per la raccolta dei dati delle attività riabilitative di tipo estensivo e di mantenimento effettuate dalle strutture provvisoriamente accreditate con la regione Lazio. Per la raccolta delle informazioni viene adottata la **scheda-utente** utilizzata dal suddetto SI, con le opportune modifiche legate alla specificità delle problematiche dell'ipovisione (v. allegato 4). Le informazioni così raccolte devono afferire al suddetto SI tramite interfaccia *web* secondo due modalità: inserimento manuale o invio di file strutturati secondo uno schema predefinito (XML). In considerazione del fatto che nella scheda-utente del SIAR sono definiti specifici strumenti standardizzati per la valutazione del soggetto per cui viene realizzato il progetto riabilitativo di tipo estensivo o di mantenimento (Indice di Barthel, Short Portable Mental Status Questionnaire (S.P.M.S.Q.) e Scheda di Valutazione Multidimensionale Adulto e Anziano (S.V.A.M.A. Modificata), si ritiene di dover integrare in via sperimentale e per un anno, i su citati strumenti con la allegata scheda di valutazione per la disabilità visiva (S.Va.Di.V. – v. allegato 5).

Storia clinica della funzione visiva

Analisi funzionale della capacità visiva residua

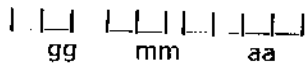
Riduzione campo visivo periferico occhio destro

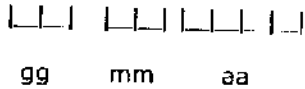
Riduzione campo visivo periferico occhio sinistro

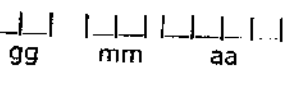
Riduzione campo visivo centrale occhio destro

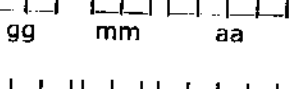
Riduzione campo visivo centrale occhio sinistro

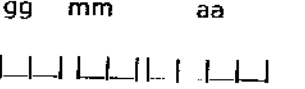
Esami specialistici

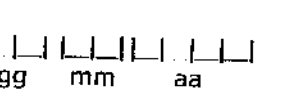
Campo visivo/ _____ 

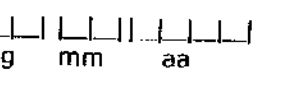
Microperimetria _____ 

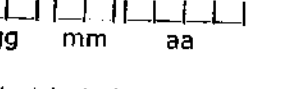
Fluorangiografia _____ 

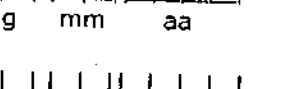
Angiografia al verde di indocianina _____ 

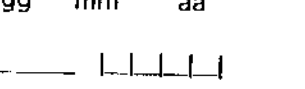
Potenziali evocati visivi _____ 


Elettroretinogramma _____ 


Elettroculogramma _____ 

Topografia corneale _____ 

Tomografia a coerenza ottica della retina _____ 

Tomografia a coerenza ottica del nervo ottico _____ 

Altro _____ 

Visita oculistica _____ 



Interventi chirurgici

	aa

	aa

	aa

	aa

	aa

Interventi parachirurgici

	aa

	aa

	aa

	aa

	aa

Altro specificare _____

VISUS DA LONTANO*

OD nat corretto distanza di esecuzione

OS nat corretto distanza di esecuzione

OO nat corretto distanza di esecuzione

VISUS DA VICINO*

OD nat corretto distanza di esecuzione

OS nat corretto distanza di esecuzione

OO nat corretto distanza di esecuzione

*misurato con tavole logaritmiche per ottenere dati comparabili

SENSIBILITA' AL CONTRASTO**

SENSO CROMATICO**

** specificare con quale test è stato effettuato

VELOCITA' DI LETTURA

CAMPIMETRIA O MICROPERIMETRIA

ESAME ORTOTTICO mirato a valutare la CAPACITA' VISIVA vedi allegato 2

COORDINAZIONE OCCHIO MANO

ORIENTAMENTO E MOBILITA' IN AMBIENTE INTERNO/ESTERNO NON NOTO

COMUNICAZIONE CON L'AMBIENTE CIRCOSTANTE

ESAME ORTOTTICO PER VALUTARE LA CAPACITA VISIVA
NELL'IPOVEDENTE

Allegato 2



Test di Amsler OD OS OO

Acuità visiva lontano

OD corr.....

Capo: verso destra/sinistra

inclinato spalla destra/sinistra

Mento alzato/abbassato

sguardo a D/S in alto/basso

PRL.....

OS corr.....

Capo: verso destra/sinistra

inclinato spalla destra/sinistra

Mento alzato/abbassato

sguardo a D/S in alto/basso

PRL.....

OO corr.....

Capo: verso destra/sinistra

inclinato spalla destra/sinistra

Mento alzato/abbassato

sguardo a D/S in alto/basso

PRL.....

Meglio penalizzazione OD / OS

Diplopia.....

Acuità visiva vicino

OD	nat.....	in uso.....	Refr.....	
	a.....cm	a.....cm	a.....cm	con luce +/-
	tiposcopio si/no			

OS	nat.....	in uso.....	Refr.....	
	a.....cm	a.....cm	a.....cm	con luce +/-
	tiposcopio si/no			

OO	nat.....	in uso.....	Refr.....	
	a.....cm	a.....cm	a.....cm	con luce +/-
	tiposcopio si/no			

diplopia.....	visus.....	se penalizzazione OD/OS
---------------	------------	-------------------------

VELOCITA' DI LETTURA

		distanza	ottotipo		comprensione	Errori parole Lunghe/corte	Luce indispensabile	tiposcopio
OD				3'				
OS	Con correzione in uso OD/OS/OO							
OO	Con corr della refr OD/OS/OO							
	Altra corr OD OS							
	Ausili ottici OD/OS/OO							

RELAZIONI MOTRICI



PARALLELISMO OCULARE

	OF*	Dev Converg/Diverg/Vert.	diplopia	Incomitanza Lont/Vicino	Incomitanza OF	Incomitanza se fissa/no
Senza corr						
Con corr OD						
Con corr OS						

*Legenda OF occhio fissatore

MOTILITA'

monoculare:

binoculare:

motricità statica

Fissazione

III	II	III
II	I	II
III	II	III

motricità cinetica

inseguimento:

		Simmetria D/S asincrona	Qualità		Assistenza	
			liscia	continua	Mira	Ambiente
A 50 cm	Orizzontale					
	Verticale					
	∞					
Oltre 50 cm	Orizzontale					
	verticale					
	∞					

Saccadi:

		Simmetria D/S	
		Velocità	sincrona
Mira Vicino	Orizzontale		
	Verticale		
	∞		
Mira lontano	Orizzontale		
	verticale		
	∞		

vergenze

		15cm/ 40 cm	40 cm /500 cm
Simmetriche	C		
	D		
Asimmetriche	C		
	D		



Analisi funzionale e visiva per gli ipovedenti in età evolutiva

POSIZIONE PREFERENZIALE DEGLI OCCHI IN AMBIENTE LIBERO:

si valuta se il bambino mantenga abitualmente un orientamento preferenziale dello sguardo prima che gli vengano proposti stimoli specifici. Viene osservata all'ingresso del bambino in ambiente d'esame.

1. **ATTENZIONE VISIVA DIFFUSA:** si valuta se il bambino utilizza il canale visivo come strumento per raccogliere informazioni dall'ambiente. Si osserva se spontaneamente il bambino attiva un'attenzione visiva diffusa per stimoli visivi posti nelle diverse aree spaziali. Gli stimoli utilizzati sono: luce in ambiente ecologico (differenziato in luce naturale e luce artificiale), volto dell'esaminatore e oggetti di varia natura. Nel caso in cui l'attenzione visiva diffusa spontanea sia debole, cioè inferiore ai 3", o non sia rilevabile, occorre determinare se essa può essere migliorata o indotta utilizzando, in successione nelle cinque aree dello spazio:

- o Sfondo strutturato (per sfondo strutturato si intende scacchiera con quadri 3x3 e misure 30x42 cioè A3);
- o Stimolo sovrapposto alla scacchiera;
- o Stimolo isolato.

La prova viene effettuata con questa successione per valutare se, una volta sottoposto il bambino allo stimolo su sfondo strutturato, aumentino i tempi di fissazione dello stimolo senza lo sfondo. Movimento dello stimolo. Particolari contrasti di colore (pallina rossa su sfondo verde, pallina blu su sfondo giallo, pallina nera su sfondo bianco). Le palline devono essere appese ad un filo trasparente e il filo deve essere attaccato ad un bastoncino di plexiglas per evitare che lo sguardo venga attratto da questo. Mira luminosa in ambiente buio per esaltare il contrasto. Andrà segnalato se il bambino presenta o manifesta un'attenzione visiva diffusa per uno o più stimoli e per quali tra questi manifesta una preferenza, specificando se possibile le caratteristiche di quello preferito (colore, dimensione, etc.).

2. **AREA VISIVA PREFERENZIALE:** si osserva se il bambino usa preferibilmente un'area visiva. In questo caso sarà necessario segnalarne la localizzazione. La valutazione viene effettuata sia per stimoli posti vicino al bambino (a meno di 50 centimetri) sia per stimoli più lontani (oltre i 50 cm). In alcuni casi si osserva un aggancio solo per gli stimoli che entrano in uno spazio visivo collocabile intorno ai 30° concentrici dalla posizione primaria: in questo caso la limitazione viene definita di tipo concentrico.

3. **CAMPO DI SGUARDO:** si considera l'ampiezza del campo di sguardo (valutato a capo libero o appoggiato) ponendo inaspettatamente, ai margini del campo visivo periferico, uno stimolo rappresentato da una pallina rossa di 2 cm di diametro posta ad un'estremità di un lungo bastoncino di plexiglas. Andranno segnalate eventuali limitazioni del campo di sguardo e la loro collocazione spaziale.

4. DISTANZA PREFERENZIALE DELLO STIMOLO: viene utilizzato lo stimolo che il bambino in precedenza ha dimostrato di preferire o in mancanza di questo una pallina rossa di 2 cm di diametro. La prova viene effettuata a capo libero o appoggiato, ponendo l'oggetto nell'area visiva preferenziale ad una distanza di 50 cm dal bambino e successivamente avvicinandolo e allontanandolo. Andrà segnalata la distanza alla quale il bambino perde l'interesse visivo per l'oggetto.

5. SACCADI:

a. Movimenti oculari nell'ambito di reazioni di orientamento: vanno rilevati per stimoli sonori posti nei diversi quadranti dello spazio e per stimoli tattili generati dall'esaminatore, o casualmente autoindotti dal bambino, su zone del corpo differenziate per lato e per sede.

b. Saccadi spontanei: vanno rilevati come movimenti rapidi oculari di ricerca ponendo il bambino davanti ad uno schermo bianco. Va segnalata l'eventuale assenza di saccadi spontanei in una o più direzioni dello spazio.

c. I saccadi di localizzazione vengono ricercati utilizzando solo stimoli visivi che compaiano nel campo visivo periferico, ad una distanza angolare di almeno 30° dalla posizione iniziale degli occhi e nei diversi quadranti dello spazio. Non devono essere indotti da comandi verbali. Andranno in successione valutati: con il bambino a capo libero, a capo appoggiato e se possibile a capo bloccato per evidenziare eventuali meccanismi compensatori o interferenze labirintiche.

d. Qualora non si sia ottenuta risposta nella prova precedente, andrà valutata la possibilità di compiere movimenti d'attrazione maculo-maculare: lo stimolo verrà posto nei diversi quadranti dello spazio ad una distanza angolare inferiore ai 15° dalla posizione iniziale degli occhi del bambino.

e. I saccadi d'esplorazione andranno ricercati, o guidando verbalmente il bambino, all'aggancio visivo dello stimolo, oppure osservando il comportamento oculomotorio d'esplorazione per uno stimolo complesso di grandi dimensioni. Anche questa prova verrà effettuata a capo libero, a capo appoggiato e se possibile a capo bloccato per gli obiettivi già citati per le saccadi di localizzazione.

Per i punti 5c e 5e andranno descritti i valori delle distanze e la costanza della prestazione, indicando come casuali le risposte positive inferiori al 20% del totale, come occasionali le risposte positive tra il 20 e il 60% del totale e come certe quelle al di sopra del 60% del totale.

6. COORDINAZIONE DINAMICA DEI MOVIMENTI SACCADICI: questa prova ha l'obiettivo di valutare l'integrazione dei sottosistemi modulari che stabilizzano gli occhi durante gli spostamenti del capo (M.O. vestibolo-oculare; M.O. optocinetico). Andranno valutati: la coordinazione dei movimenti saccadici, l'utilizzo adattivo fatto dal bambino della coordinazione oculo-cefalica e l'effetto destabilizzante o l'utilizzo del VOR. La prova viene effettuata in condizioni di stabilità del tronco e in posizione di disequilibrio spostando passivamente il tronco a velocità stabile o variabile.

7. FISSAZIONE: va valutata utilizzando lo stimolo per il quale il bambino in precedenza ha dimostrato una preferenza per l'aggancio visivo. Si valuta la durata dell'aggancio (se superiore ai 3" o inferiore) e se la fissazione è realizzabile attraverso l'aggancio foveale o delle regioni periferiche della retina e se richiede come meccanismo di compenso la deviazione del capo in senso contrario alla localizzazione spaziale dello stimolo. Può essere opportuno descrivere l'allineamento del capo sia sul piano frontale sia su quello sagittale. In questo caso, la prova viene effettuata in condizioni di stabilità del tronco, a capo libero, a capo appoggiato e a capo bloccato.
8. MANTENIMENTO DELLA FISSAZIONE: all'interno di questa prova andrà valutata la capacità del bambino di stabilizzare dinamicamente la fovea sul bersaglio in condizioni di perturbazione del capo attraverso il tronco. Si mantiene il bambino seduto con assistenza o in autonomia su un piano oscillante e rotante e lo si sottopone a perturbazioni sul piano frontale, sagittale e rotatorio a velocità costante e variabile. Si valuta inoltre capacità di inibire la fissazione alla comparsa di un secondo stimolo per il quale il bambino deve evidenziare un comportamento di attenzione o di interesse.
9. INSEGUIMENTO: per valutare il movimento oculare di inseguimento andrà spostato lentamente lo stimolo agganciato dal bambino nelle diverse traiettorie dello spazio. Andrà valutata la presenza e la qualità del movimento nonché eventuali movimenti compensatori del capo o degli occhi. La prova viene effettuata a capo libero, appoggiato e fisso.
10. ORGANIZZAZIONE DELLA MOTRICITA' FINALIZZATA ALL'ESPLORAZIONE: Andrà valutato il canale percettivo (tattile, sonoro o visivo) che attiva nel bambino un comportamento di esplorazione dell'ambiente osservando la funzione dell'arto superiore e la modalità di spostamento nell'ambiente. In entrambi i casi andranno verificati la presenza o meno di controllo visivo sull'atto motorio, i suoi parametri metrici e la capacità di raggiungere l'obiettivo. In rapporto agli spostamenti nell'ambiente andrà inoltre segnalata la capacità di evitare ostacoli previsti o imprevisi, definendone le dimensioni e le localizzazioni spaziali più critiche.
11. DISAGIO PERCETTIVO MULTIMODALE: è necessario infine osservare se il bambino appare disturbato da afferenze sensitive o sensoriali provenienti contemporaneamente da diversi canali percettivi. Qualora il bambino presenti un disagio percettivo multimodale sarà necessario individuare il canale percettivo preferenziale per la comunicazione.



SEZIONE B. CARATTERISTICHE INDIVIDUALI

- 14. Titolo di studio conseguito** nessun titolo conseguito
 nessuno, non frequenta asilo nido/scuola dell'infanzia
 nessuno, frequenta asilo nido/scuola dell'infanzia
 nessuno, frequenta scuola elementare
 scuola elementare
 scuola media inferiore
 scuola media superiore/istituto professionale
 laurea breve
 laurea

- 15. Occupazione** occupato appartenente a categorie protette
 non occupato non appartenente a categorie protette
 pensionato
 casalinga
 studente

- 16. Tutela legale** soggetto sottoposto a tutela
 soggetto responsabile per sé

- 17. Invalidità** nessuna
 richiesta
 riconosciuta

Solo per il regime assistenziale semiresidenziale:

- 18. Modalità di trasporto** con mezzo proprio
 con mezzo della struttura erogatrice
 con mezzo della ASL
 con mezzo dell'Ente Locale
 altro specificare _____

- 19. Insegnante di sostegno** sì no

- 20. Servizio assistenziale erogato da Ente Locale** sì no

SEZIONE C. MODALITA' DI ACCESSO, STORIA RIABILITATIVA



- 21. Inviante**
- medico medicina generale/pediatra libera scelta
 - specialista ambulatoriale/ospedaliero
 - dipartimento di salute mentale
 - servizio tutela salute mentale e riabilitazione in età evolutiva (TSMREE)
 - altri servizi distrettuali
 - altro specificare _____

- 22. Provenienza**
- residenza sanitaria assistenziale
 - residenza assistenziale non sanitaria
 - lungodegenza
 - reparto di riabilitazione ospedale per acuti
 - altro reparto ospedaliero
 - questa struttura per modificazione regime assistenziale/
impegno riabilitativo-assistenziale
 - questa struttura senza modificazione regime assistenziale/
impegno riabilitativo-assistenziale
 - servizio ASL con assistenza domiciliare
specificare servizio _____
 - servizio ASL senza assistenza domiciliare
specificare servizio _____
 - domicilio
 - altro specificare _____

Se la provenienza è Domicilio o Altro:

- 23. Condizioni di vita** *(prima dell'ingresso nella struttura/all'inizio del progetto riabilitativo)*
- vive solo
 - vive solo, con assistente personale
 - solo con il coniuge/partner
 - con coniuge/partner e figli
 - con altri familiari
 - con genitori
 - in struttura abitativa comunitaria
(ad es.: casa famiglia, comunità alloggio)
 - altro specificare _____

SEZIONE C. MODALITA' DI ACCESSO, STORIA RIABILITATIVA

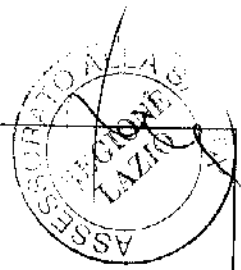
24. Ricovero/i in strutture riabilitative (ospedaliere e non) negli ultimi 12 mesi

- nessuno
- sì, in struttura riabilitativa ospedaliera
- sì, in altra struttura riabilitativa extraospedaliera
- sì, in questa struttura riabilitativa
- informazione mancante

25. Progetti riabilitativi attuati in regime non residenziale negli ultimi 12 mesi

- nessuno
- sì, in regime semiresidenziale
- sì, in regime ambulatoriale individuale
- sì, in regime ambulatoriale di gruppo
- sì, in regime domiciliare
- Informazione mancante

SEZIONE D. VALUTAZIONE INIZIALE



36. Tipologia delle prestazioni/interventi riabilitativi PREVISTI

<i>in presenza dell'utente:</i>	n.accessi
valutazione e osservazione	_ _ _ _
riabilitazione logopedica	_ _ _ _
riabilitazione cardiologica	_ _ _ _
riabilitazione respiratoria	_ _ _ _
riabilitazione neuro-motoria	_ _ _ _
riabilitazione psicomotoria	_ _ _ _
riabilitazione cognitiva/neuropsicologica	_ _ _ _
riabilitazione visiva	_ _ _ _
terapia psicologica	_ _ _ _
terapia occupazionale	_ _ _ _
intervento ortottico	_ _ _ _
intervento educativo	_ _ _ _

<i>in assenza dell'utente:</i>	n.accessi
elaborazione/revisione progetto	_ _ _ _
counseling	_ _ _ _
riunione d'équipe	_ _ _ _
adempimenti di cui alla L. n. 104/92 per l'integrazione scolastica	_ _ _ _

37. Risultato atteso

- pieno recupero
- recupero parziale
- miglioramento, con recupero incerto
- mantenimento, ovvero prevenzione del deterioramento
- mantenimento con recupero funzionale
- _____

38. Durata prevista del progetto espressa in gg. di presa in carico |_|_|_|_|

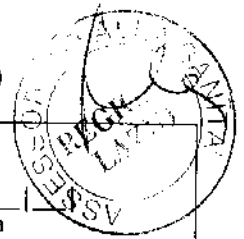
Progetto articolato in cicli sì no

Se sì,
N. cicli previsti nel tempo di durata del progetto |_|_|

Firma Responsabile progetto _____

Firma utente o familiare _____

SEZIONE F. CONCLUSIONE DEL PROGETTO RIABILITATIVO



44. Data conclusione del progetto

| |
 gg mm aa

45. Figure professionali dell'équipe coinvolte nella valutazione conclusiva

è possibile
barrare più caselle

-
- fisiatra
- neuropsichiatra infantile
- oftalmologo
- medico di altra specialità
- psicologo
- assistente sociale
- infermiere
- fisioterapista
- terapeuta occupazionale
- terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- logopedista
- educatore professionale
- ortottista-assistente di oftalmologia
- podologo
- terapeuta della riabilitazione psichiatrica
- altro specificare _____
- altro specificare _____
- altro specificare _____

Punteggio

46. Indice di Barthel

47. Short Portable Mental Status Questionnaire

48. SVAMA Modificata

Lc|_| Lp|_| U|_| V|_|

Scheda sperimentale Valutazione Disabilità Visiva (S.Va.Di.V.)

49. Altra scala di valutazione _____

nome

Altra scala di valutazione _____

nome

Altra scala di valutazione _____

nome

50. Protesi/Ortesi/Ausili

- nessuno
- non modificato in corso progetto
- modificato in corso progetto
- acquisito in corso progetto

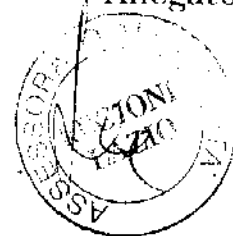
SEZIONE F. CONCLUSIONE DEL PROGETTO RIABILITATIVO

51. Profilo della disabilità (compreso qualificatori) Codice ICF

52. Motivo della conclusione

-
- progetto riabilitativo concluso, non si prevede l'attivazione di ulteriori progetti
- progetto riabilitativo concluso, si prevede l'attivazione di ulteriori progetti
- trasferimento ad altra struttura, specificare _____
- passaggio ad altro regime assistenziale/impegno riabilitativo assistenziale presso la stessa struttura
- trasferimento in ospedale per acuti
- abbandono progetto riabilitativo
- chiusura non programmata del progetto riabilitativo
- cambiamento di residenza dell'utente
- decesso

SCHEDA SPERIMENTALE DI VALUTAZIONE
DELLA DISABILITA' VISIVA (S.Va.Di.V.)



a. CURA PERSONALE	punteggio
Lavarsi	
Pettinarsi	
Radersi/ Truccarsi	
Tagliarsi le unghie	
Vestirsi	
Scelta degli abiti	
Condizioni degli abiti	
Riconoscimento medicinali	
Autosomministrazione dei medicinali	
Totale a.	
b. ATTIVITA' QUOTIDIANE	
Deambulazione in casa	
Deambulazione all'esterno	
Salire le scale	
Scendere le scale/ gradini	
Attraversare la strada	
Riconoscimento dei segnali stradali	
Riconoscimento nomi vie e citofoni	
Riconoscimento autobus	
Guidare	
Pulizia casa	
Cucinare pasti semplici	
Utilizzare elettrodomestici	
Mangiare	
Versare liquidi e bere	
Fare la spesa	
Riconoscimento monete	
Barcomat	
Telefonare (riconoscimento tasti)	
Guardare la TV	
Cucinare	
Piccole riparazioni domestiche	
Riconoscimento volti	
Totale b.	
c. SCUOLA/LAVORO	
Apprendimento lettura	
Apprendimento scrittura	
Utilizzo dei terminali/computer	
Partecipazione alle attività comuni	
Attività lavorative manuali	
Totale c.	

d. LETTURA		punteggio
Bollette		
Posta		
Assegni		
Libri		
Riviste		
Quotidiani		
Elenchi telefonici		
Rubrica telefonica		
Dattiloscritti		
Parole crociate		
Totale d.		
e. SCRITTURA		
Firma		
Compilazione prestampati		
Parole crociate		
Dattiloscritti		
Testi scritti a mano		
Totale e.		
f. TEMPO LIBERO		
Giocare a carte		
Disegnare/dipingere		
Lavoro a maglia /uncinetto		
Cinema /teatro		
Giardinaggio		
Sports		
Guardare nelle vetrine		
Rapporti interpersonali		
Altro		
Totale f.		

LEGENDA

4 = nessuna difficoltà; 3 = lieve difficoltà; 2 = media difficoltà;
 1 = grave difficoltà; 0 = difficoltà completa

