ISSN 1973-5170

AIORAO

Associazione Italiana Ortottisti
Assistenti in oftalmologia

Giornale Italiano di Ortottica

Volume 2 - anni 2008-2009

Scansionato con CamScanner

CASA SALUTE ED IPOVISIONE
Presentazione proposte AIOrAO al Ministero della salute per Progetto "Casa della salute"*

A cura del Consiglio Direttivo nazionale AIOrAO

Il lavoro si propone di fornire un contributo al progetto, denominato "Casa della salute", lanciato dal Ministero della Salute. Si espongono le peculiarità della figura professionale dell'Ortottista e si definiscono i ruoli che essa può ricoprire nell'ambito dell'attuazione del progetto stesso. In particolare si evidenziano i vantaggi che potrebbe ricavare il paziente ipovedente, e quindi con disabilità grave, da una organizzazione sanitaria che lo raggiunge sino al proprio domicilio. Si illustrano inoltre tutte le tecniche di semeiotica e di riabilitazione che l'Ortottista può erogare al domicilio del paziente con notevole risparmio per il SSN ed un non indifferente vantaggio ed agio per lo stesso.

L'ortottista assistente in oftalmologia ha in Italia un percorso esclusivamente universitario dal 1955, è regolamentato in 54 nazioni (dati IOA) ed è presente nel resto del mondo tramite programmi di volontariato legati a progetti di formazione promossi dalle Associazioni aderenti allo IOA.

L'ortottista assistente in oftalmologia per effetto del DM 743/94 e della risposta del Ministero della sanità alla Corte dei conti (prot. 900. 6-PR II Ag 100/3507 del 10. 12. 04) **previene**, **valuta** e **riabilita** le disabilità visive ed **esegue tutti gli esami di diagnostica oftalmica** (campo visivo, fluorangiografia, esami elettrofunzionali, esame della rifrazione, esame della misurazione della vista -optometria-, biometria, senso cromatico, esame della sensibilità al contrasto, ecc.).

L'AIOrAO, unica Associazione che li rappresenta sul territorio nazionale, è stata costituita il 21 marzo 1968.

Nel settore dell'assistenza territoriale e domiciliare la nostra categoria per "cecità" non è stata fin'ora inserita, con notevoli disagi per i pazienti che andremo ad analizzare.

Intravediamo 3 settori nei quali la nostra professione può dare un contributo significativo all'assistenza, alla riabilitazione, all'integrazione e all'autonomia: settori dove quotidianamente ci rendiamo conto che una risposta diversa potrebbe essere sicuramente più efficace.

RIABILITAZIONE DELL'IPOVEDENTE

Adulti e anziani

I Cittadini con ipovisione (secondo la Legge 3. 04. 01 n. 138 "Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive) vedono meno di **3/10** e hanno un residuo perimetrico binoculare inferiore al **60%** (un campo visivo ridotto spesso non consente autonomia nella lettura, nella deam-

Scansionato con CamScanner

bulazione, nell'espletamento delle attività domestiche, lavorative e sociali ma altrettanto spesso è trascurato nella pratica riabilitativa).

La riabilitazione dell'ipovedente è un settore, nonostante i fondi nazionali e regionali stanziati dal 1996 (anno di promulgazione della legge 284/96), poco sviluppato: spesso il Cittadino deve spostarsi da una zona all'altra del paese e non sempre gli interventi sono adeguati e soprattutto uniformi su tutto il territorio nazionale.

A gran voce in un convegno a Palermo le Associazioni degli ipovedenti hanno chiesto che la riabilitazione visiva sia considerata al pari della riabilitazione motoria e questo non può che vederci in accordo considerando che l'80% delle informazioni ci giungono dalla vista.

Inoltre ogni progetto nel campo della salute non avrà successo se non si investe (e si controlla), nella formazione di base e permanente di ogni professionista: in questo molto ancora si deve fare.

L'assistenza domiciliare può favorire il paziente ipovedente nel fargli sfruttare la migliore posizione di sguardo, a valutarne le abilità residue (visus, percezione dei colori, studio dei contrasti, campo visivo, rifrazione) e le reali esigenze nell'ambiente di vita per scegliere quale ausilio può essere il più indicato e farglielo usare al meglio senza che vi rinunci per "cattiva praticabilità" o cattiva prescrizione, per esempio, di un ausilio ingombrante, costoso per il SSN ma non utile alle sue esigenze.

Anche il Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale deve essere assolutamente aggiornato perché vanno inseriti nuovi presidi che attualmente sono a totale carico del Paziente.

Bambini

Assume un ruolo straordinariamente importante nell'attuazione del progetto riabilitativo del bambino affetto da ipovisione di diversa origine, l'applicazione da parte dell'ortottista di conoscenze e tecniche riabilitative domiciliari allo scopo di integrare la terapia e migliorare l'apprendimento visivo soprattutto nel periodo di maturazione che avviene nei primi 6 anni di vita.

Indicato nei casi di:

- disabilità in neurolesi
- pazienti con esiti di ambliopia profonda di natura mista (organica e deprivazionale).

Per esempio, a cosa serve operare una cataratta congenita, effettuare ricoveri ripetuti per visite in narcosi, impiantare una lentina intraoculare se poi non viene preso in giusta considerazione il trattamento riabilitativo essenziale?

Altresì straordinariamente necessari i progetti di sostegno alla Scuola per l'integrazione scolastica del bambino ipovedente: fulgido esempio ciò che è stato realizzato a Ragusa da Flora Mondelli Ortottista del Centro di Oftalmologia Sociale (e presidente regionale dell'Associazione Italiana Ortottisti assistenti in oftalmologia) e le Insegnanti Carmela Celeste, Felicia Distefano e Orazia Spalanzani della scuola dell'Infanzia ECCE HOMO dell'Istituto Comprensivo Pascoli di Ragusa con la direzione del Prof. Rosario Pitrolo (progetto presente in questo volume a p. 303).

La visione binoculare

Se i pazienti hanno solo problemi visivi, probabilmente recarsi in una struttura può apparire poco rilevante ma se parliamo di anziani, perso-

Scansionato con CamScanner

ne non autosufficienti e soggetti con plurimorazioni anche piccole difficoltà possono far rinunciare ad una trattamento riabilitativo.

È possibile trattare a domicilio ogni episodio di

Diplopia: (provocata dalle più diverse patologie: ipertensione, diabete, neoplasie, ecc.) non è auspicabile che si chieda al paziente di mettere una benda, sarà insofferente e probabilmente restio ad eseguire ogni altra terapia (fisioterapia, logopedia ecc.); la prescrizione e applicazioni di prismi può essere effettuata a domicilio in modo tale da rendere più agevole le terapie fisiche che richiedono un buon orientamento e coordinazione occhio- mano.

Insufficienza di convergenza: migliorare le vergenze fusionali e la convergenza, aiuta nella lettura, nello studio e nelle attività per vicino; migliora l'autonomia, l'interesse, il rendimento scolastico e lavorativo;

Anomalie della rifrazione: molto spesso e in pazienti con gravi patologie, tipo sclerosi multipla, ictus, ecc., il problema visivo viene affrontato come secondario, mettere invece il paziente nelle condizioni di vedere bene o al meglio, lo farà sentire"curato", ne sarà sicuramente soddisfatto e pronto a seguire tutte le altre terapie contemplate dal programma riabilitativo personalizzato favorendone l'autonomia.

Prevenzione visiva

❖ L'esame del visus per valutare quanto il paziente vede per vicino (nella lettura) e per lontano, l'esame della tonometria (valutazione della pressione oculare) sia come episodio preventivo sia nei soggetti glaucomatosi che devono controllarla spesso e periodicamente più volte al giorno;

❖ L'applicazione di LAC terapeutiche o rifrattive possono essere assolutamente utili nel diversamente abile o nell'anziano.

La valutazione ortottica necessaria nei campi sopradescritti è efficace perché può evidenziare segnali patologici preavvertendo così il medico e non trascurandoli al nascere.

In conclusione, è fondamentale, come in tutti i settori, quando si parla di un diritto costituzionalmente garantito, l'esigenza di assicurare omogeneità, per qualità, quantità e costi, nonché i requisiti minimi di sicurezza e garanzie di efficacia alle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale: **il "paziente – Cittadino" può e deve tornare al centro di tutte le attività di noi Operatori.**

Ogni processo cognitivo è supportato dai 5 sensi, la vista è sicuramente al primo posto dei mezzi di apprendimento, se è vero che attraverso essa giungono l'80 % delle informazioni; indispensabile è quindi l'intervento di riabilitazione visiva, sia nei casi in cui è carente la fase di sviluppo cognitivo, sia nei casi in cui vi è una involuzione delle capacità cognitive, come ad esempio nelle malattie degenerative dell'anziano.

Quest'ultimo è di certo fra i pazienti che più possono essere fruitori di un sistema di assistenza domiciliare.

La nostra professione non è inserita nella medicina del territorio ma prevalentemente in Strutture complesse, ambulatori e raramente nei centri di riabilitazione: se si vuole veramente riorganizzare e promuovere le cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla presa in carico e alla continuità della assistenza nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette il nostro contributo è utile oltre che gradito ai pazienti.

Scansionato con CamScanner

In sintesi:

ORTOTTISTA ASSISTENTE IN OFTALMOLOGIA / PRESTAZIONI DOMICILIARI
1. Anamnesi ortottica
2. Valutazione ortottica
3. Esame del visus per vicino e per lontano
4. Studio della motilità oculare
5. Esame della rifrazione e prova lenti per vicino e per lontano
6. Valutazione ortottica con lenti di prova per valutare la qualità e la quantità della visione binoculare
7. Misurazione della pressione endoculare (tonometria)
8. Valutazione ortottica dell'ipovedente (comprensiva di campo visivo rudimentale, test dei colori, esame del contrasto, ecc.)
9. Esame preliminare per applicazione LAC
10. Esame ortottico preliminare e prove (lettura e deambulazione in ambiente) per applicazione prismi
11. Informazione al care giver, ai famigliari, agli operatori del team su residuo visivo del paziente, migliori posizioni di sguardo, uso degli ausili, riduzionidel campo visivo che provocano difficoltà nella lettura, nelle attività domestiche in quelle relative allo studio e al lavoro e nella deambulazione
12. Compilazione cartella ortottica
13. Addestramento all'uso di LAC, lenti prismatiche, ausili ottici, elettronici e protesi endoculari
14. Training ortottico per riabilitazione dell'ipovedente
15. Training ortottico per applicazione LAC
18. Informazione ai famigliari, ai docenti (nel caso di bambini)
19. Contatti con gli specialisti, il medico curante e gli altri operatori
20. Rendicontazione attività svolta

* Convegno "Casa della salute", Roma, 22 marzo 2007.
Sito www.salute.gov.it/resources/static/primopiano/390/Casadellasalute_Intruglio.pdf

Scansionato con CamScanner