

# IL CENTRO DI RIABILITAZIONE VISIVA PER IPOVEDENTE UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI MILAZZO: NOSTRA ESPERIENZA

Francesca Nastasi - R. Bonanno - S. Lombardo

U.O.C. Oculistica Ospedale Milazzo Direttore: Dott. Marcello Prantera

XLI S.O.SI 2016

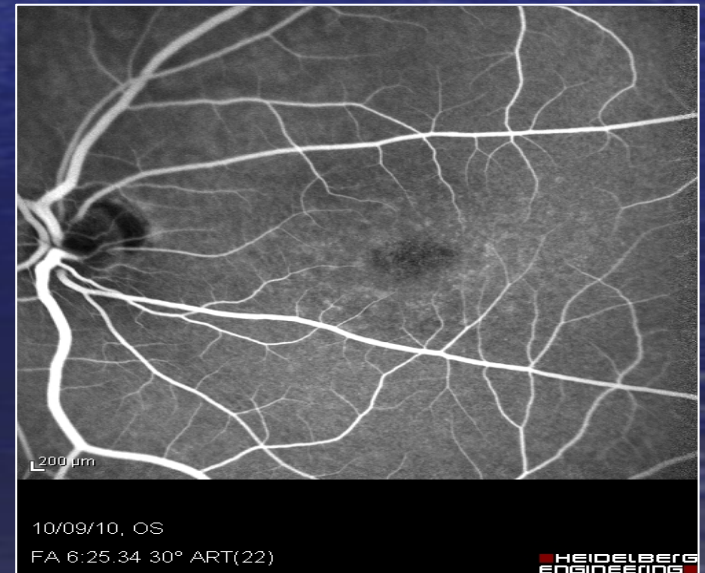
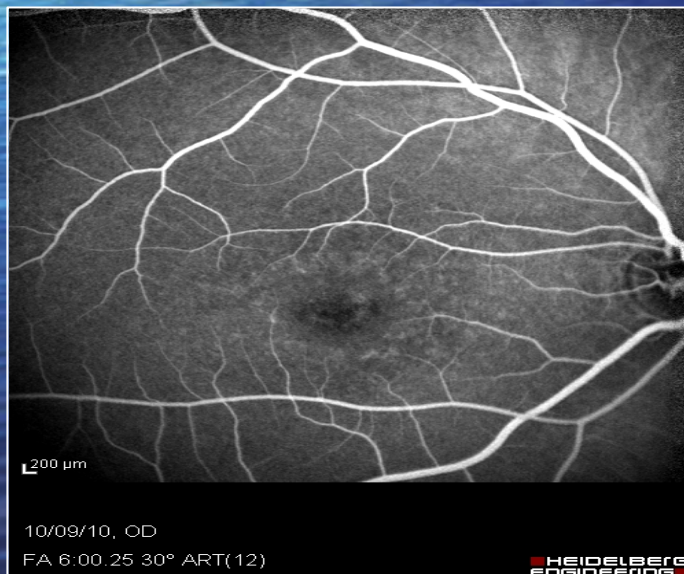


Il Centro di Riabilitazione Visiva del Presidio Ospedaliero di Milazzo è stato il primo Centro del Sistema Sanitario Nazionale aperto nella Provincia di Messina.

Opera dal 2001 e vi lavorano Un'oculista, un'ortottista, una psicologa e un'infermiera.

La nascita di questo Centro completa l'attività dell'Unità Operativa di Milazzo nella diagnosi e terapia delle patologie retiniche

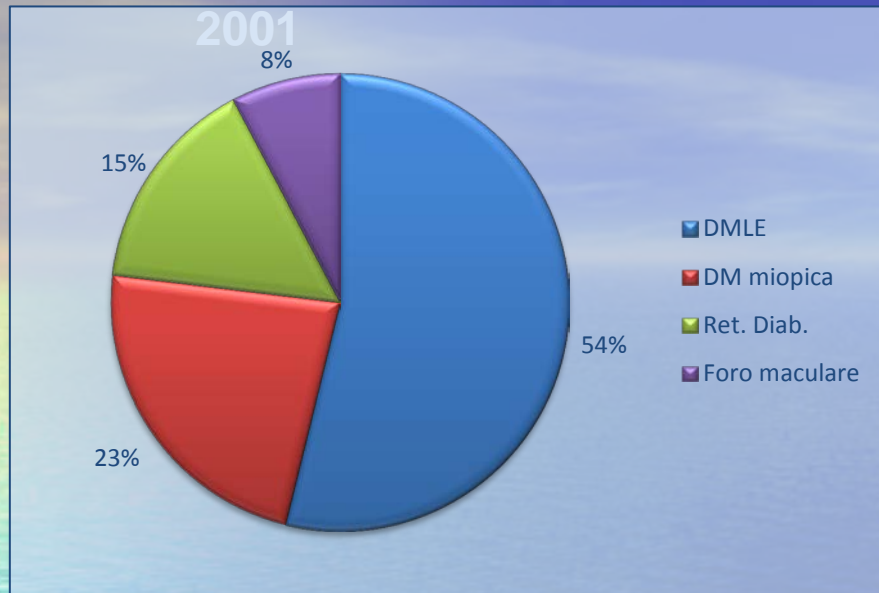
È stato realizzato e finalizzato per la riabilitazione visiva prevalentemente dei soggetti adulti e anziani, anche se, essendo ancora oggi una delle poche strutture del S.S.N., vi afferiscono ipovedenti giovani e in età evolutiva.



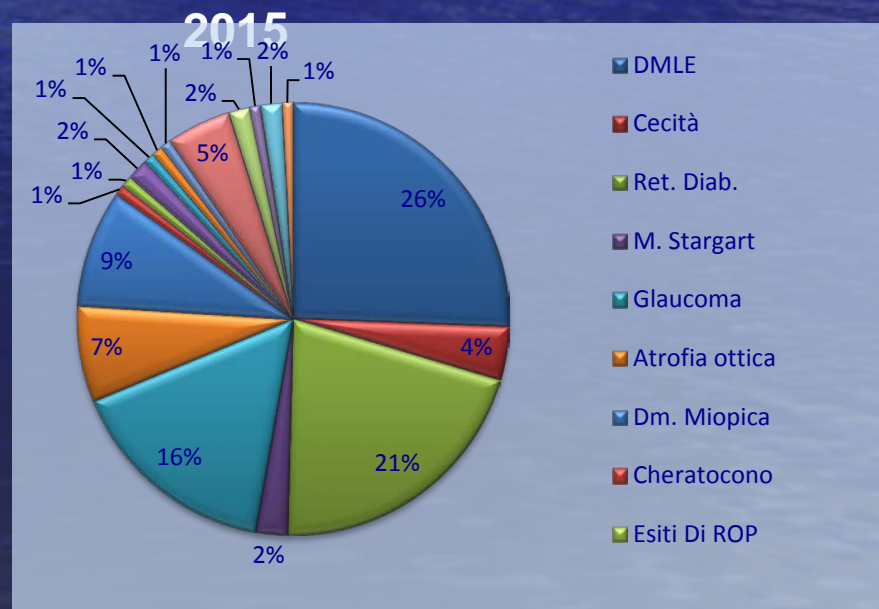


# Il Centro di riabilitazione visiva per ipovedente Unità Operativa Milazzo: nostra esperienza

## Pazienti Ipovisione



## Pazienti Ipovisione







## IL PAZIENTE

I nostri pazienti sono perlopiù anziani e affetti da degenerazione maculare senile. Alla patologia oculare spesso si affiancano disturbi dell'udito e difficoltà motorie.



Il Centro si trova nell'area ambulatori (primo piano) con accesso diverso da quello del reparto. Gli spazi sono ampi per poter accogliere anche persone con handicap. All'esterno la presenza di un piccolo giardino permette di simulare le attività di vita quotidiana in cui provare i diversi ausili.





# Il Centro di riabilitazione visiva per ipovedente Unità Operativa Milazzo: nostra esperienza





La nostra équipe è costituita da:

❖ INFERMIERA

❖ OCULISTA

❖ ORTOTTISTA

❖ PSICOLOGA

## L'Infermiera

- Accoglie il paziente a ogni accesso e lo indirizza agli altri componenti dell'équipe
- Prende gli appuntamenti

Il primo contatto può influenzare positivamente o negativamente la riabilitazione.  
L'infermiera aiuta il paziente a sentirsi a suo agio nel nuovo ambiente



## L'Oculista

Inizio la valutazione del paziente:

- Un'accurata anamnesi generale e oculare
- L'ascolto attento delle principali difficoltà ed esigenze del paziente

Il colloquio con il paziente consente di conoscere il suo modo di vivere, l'evoluzione della malattia, le difficoltà e i desideri.

(Y. Chen, B. Delhoste: *Guide pratique des basses visions*, Edit. EMC 2000)

L'Oculista ha anche il compito di spiegare con chiarezza al paziente gli elementi fondamentali della sua patologia e lo segue laddove insorgono nuovi disturbi.  
**PRESCRIZIONE DEGLI AUSILI**



Dopo aver tracciato un profilo di disabilità e aver individuato le esigenze del paziente inizia la visita oculistica



Importante è l'accurata misurazione della vista da lontano (Tavole EDTRS) e da vicino (Tavole MNREAD). Sia con la lente a tempiale che con LAC, se adoperate dal paziente.



MNREAD™ Ottotipo per vicino 1

M (linea)	numero di lettere	testo	visus (linea)	logMAR (linea)
4.0	37	Quando viene notte si accendono molte luci nelle abitazioni	0.10	1.0
3.5	29	Invece di mangiare io preferisco andare al mare per nuotare	0.13	0.8
3.0	23	Per andare verso la campagna ho preso la strada dietro casa	0.18	0.6
2.5	18	La mia gatta dorme tutto il giorno ma di notte mangia molto	0.20	0.7
1.5	15	La giornata è molto bella ed io penso di andare in montagna	0.25	0.6
1.0	12	Non penso che mia nonna abbia fatto la zuppa per la domenica	0.32	0.5
1.0	8.5	Per la strada meglio prendere a sinistra che verso campagna	0.40	0.4
0.8	7.4	Agosto è un mese bello per andare in vacanza	0.50	0.3
0.6	6.9	Il mare è molto bello	0.63	0.2
0.5	4.7	Il mare è molto bello	0.79	0.1
0.4	3.7	Il mare è molto bello	1.00	0.0
0.3	3.0	Il mare è molto bello	1.25	-0.1
0.2	2.4	Il mare è molto bello	1.50	-0.2
0.1	1.8	Il mare è molto bello	2.00	-0.3
0.0	1.5	Il mare è molto bello	2.50	-0.4

© Copyright 1999. Reperto of the University of Minnesota. È Pubblicata dall'Università di Padova. MNREAD™ Milano-100

È preferibile l'uso di ottotipi logaritmici per una maggiore risoluzione nei visus bassi.

Il miglioramento ottenuto con la refrazione della visione da lontano può essere di grande aiuto per una maggiore mobilità all'esterno

La misurazione dell'acuità visiva nel pz ipovedente è difficile sia per la complessità dell'esame sia per la minore collaborazione ma è importantissima per la valutazione del danno visivo e per intraprendere una corretta riabilitazione



## Definizione di Riabilitazione:

Uso coordinato e congiunto di provvedimenti di tipo medico, sociale, vocazionale ed educativo per aiutare a livello ottimale il soggetto portatore di handicap.

La riabilitazione è il risultato di un intervento combinato che agisce in uno o possibilmente a più livelli della catena che dalla malattia visiva porta all'handicap e quindi riduce al minimo:

- la perdita dell'autosufficienza nello sbrigare pratiche economiche (firma di assegni, lettura di bollette)
- la possibilità di muoversi indipendentemente in luoghi non conosciuti
- la capacità di mantenersi aggiornato tramite la lettura
- nel provvedere alle normali mansioni quotidiane (igiene personale, taglio delle unghie, cucito ecc.)

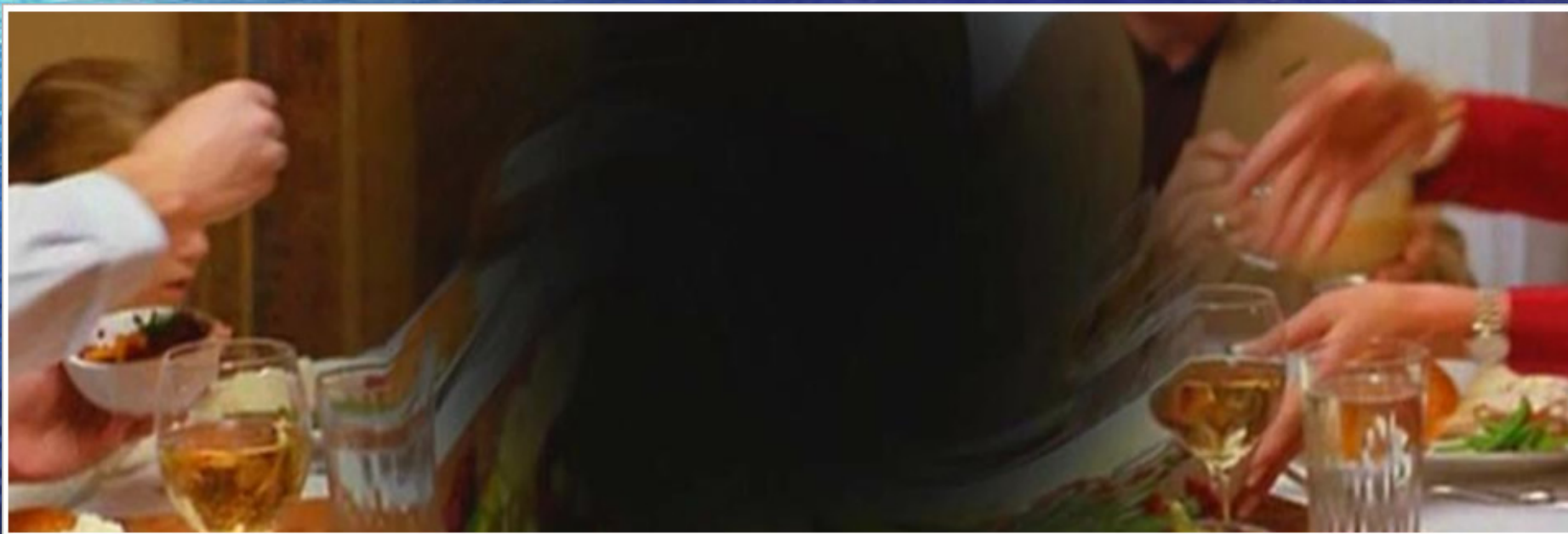
## Minorazioni

1. Pazienti con deficit della visione centrale (scotoma centrale)
2. Pazienti con deficit della visione periferica
3. Pazienti con gravi difficoltà nel controllo del movimento degli occhi (nistagmo)
4. Pazienti con ambliopia secondaria a difetti rifrattivi e retinopatia diabetica

(Orian Backman-Krister Inde)

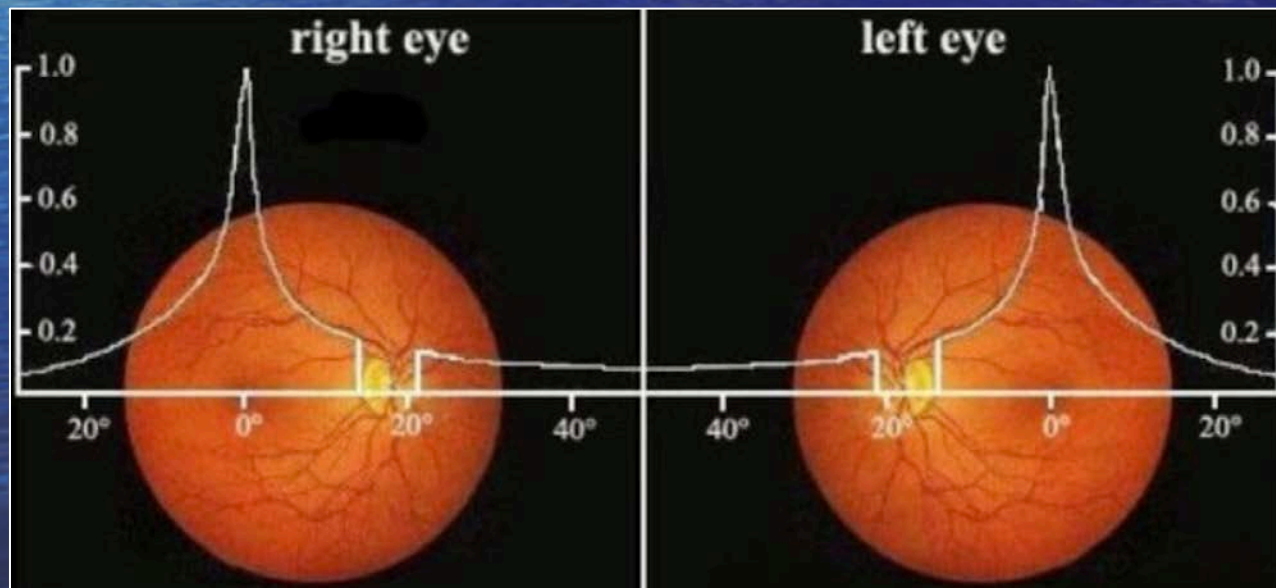


L'ipovedente può migliorare la sua **CAPACITÀ VISIVA** grazie a programmi articolati di tipo riabilitativo che permettono di recuperare la **DISABILITÀ** sopraggiunta con la minorazione visiva consentendo un efficace reinserimento nella vita sociale.



I criteri della riabilitazione visiva prevedono l'utilizzo di aree retiniche sane eccentriche rispetto alla lesione che vengono utilizzate in sostituzione della fovea non funzionante.

L'abilitazione funzionale delle aree retiniche residue avviene attraverso specifici esercizi Percettivo-cognitivi con l'utilizzo di ausili visivi personalizzati.



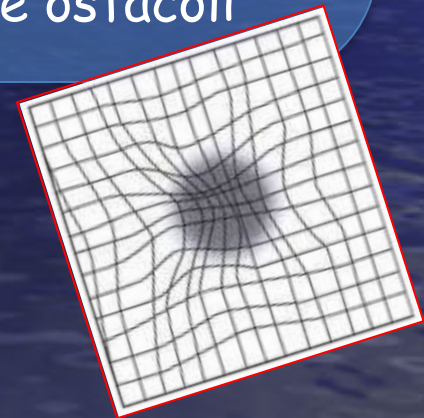


# DIFETTI CENTRALI DEL CAMPO VISIVO

## DISABILITÀ

- Difficoltà a leggere, scrivere o vedere fini dettagli (volto, segnali)
- A volte riferiscono vaghe distorsioni o perdite di fuoco
- Altri descrivono un'area mancante in cui l'oggetto dell'attenzione sembra scomparire
- Riferiscono "vedo meglio quando guardo un po' di lato"
- Difficoltà a vedere alcuni colori
- In genere non ci sono difficoltà a muoversi ed evitare ostacoli

光線進入眼睛從而使我們看到物體。光線(圖)中黑點由眼明視部的角膜及線能聚在視網膜，而把網膜使我們能清晰地看到影象。



# Soggetti con scotoma centrale assoluto o relativo





# DIFETTI DEL CAMPO VISIVO PERIFERICO

## DISABILITÀ

- Andatura esitante in ambiente non familiare
- Sguardo in basso ai piedi
- Braccio esteso per percepire ostacoli: se minore di  $10^\circ$
- Aumento esasperante degli urti contro oggetti non visti
- Frequenti passi falsi
- Numerose fissazioni nell'osservare oggetti grandi
- Difficoltà a ritrovare oggetti
- Difficoltà nella lettura. Il campo visivo diminuisce proporzionalmente alla distanza di lettura e all'ingrandimento.

Nei deficit periferici si ha un'alterazione della visione dell'insieme.

Importante è ricordare che gli ausili per pazienti affetti da deficit periferico siano prescritti con il minimo ingrandimento necessario per svolgere un'attività, così da poter utilizzare nel modo più efficace il campo visivo residuo.

CAMPO

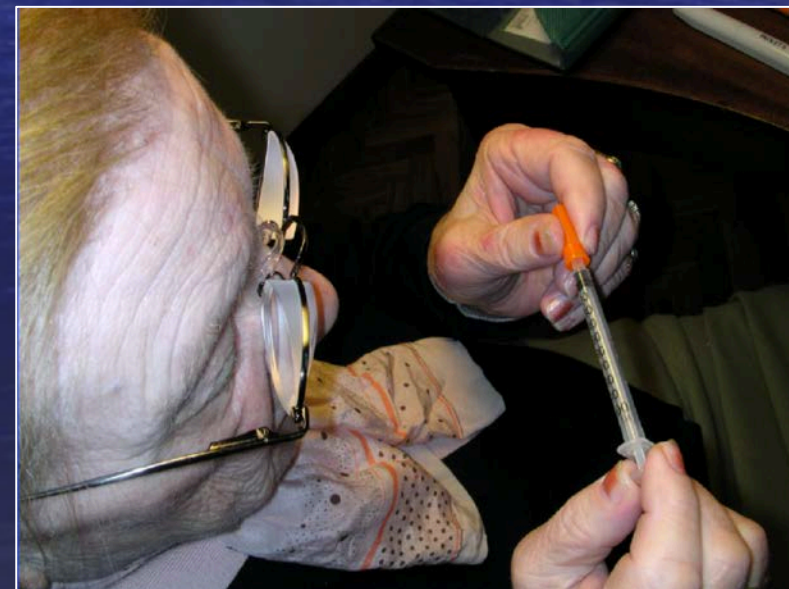
CAMPO

CAMPO



Per essere efficace e soddisfacente la riabilitazione deve adattarsi alle esigenze del paziente e alla complessità delle stesse (architetto, ingegnere, insegnante, agricoltore).

Il percorso riabilitativo è impegnativo: il paziente deve modificare il suo modo di vedere.



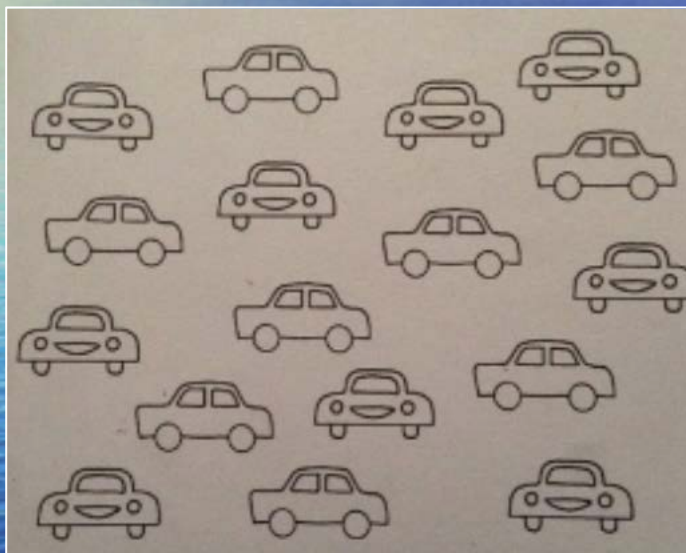
# L'Ortottista



- Partecipa alla valutazione dell'ipovedente
- Eseguce la valutazione ortottica e gli esami strumentali
  - Visione Binoculare
  - Motilità oculare
  - Sensibilità al contrasto
  - Abbagliamento
  - Campo Visivo
  - Microperimetria
  - Velocità di lettura
- Si occupa del training all'uso dell'ausilio con esercizi percettivo-cognitivi o MP-1



L'Ortottista riveste un ruolo importante nella riabilitazione visiva, poiché serve da collegamento tra il paziente e le altre figure professionali della riabilitazione.



Nelle sedute riabilitative propone all'ipovedente esercizi per individuare e stabilizzare l'area visiva residua più utile per la vita quotidiana, avvalendosi di strumentazione specifica e di materiale cartaceo

La riabilitazione visiva permette al paziente ipovedente di sfruttare al massimo il residuo visivo

- ❖ Ricerca del miglior PRL
- ❖ Fissazione e stabilità del PRL
- ❖ Capacità di lettura
- ❖ Coordinazione oculo - manuale



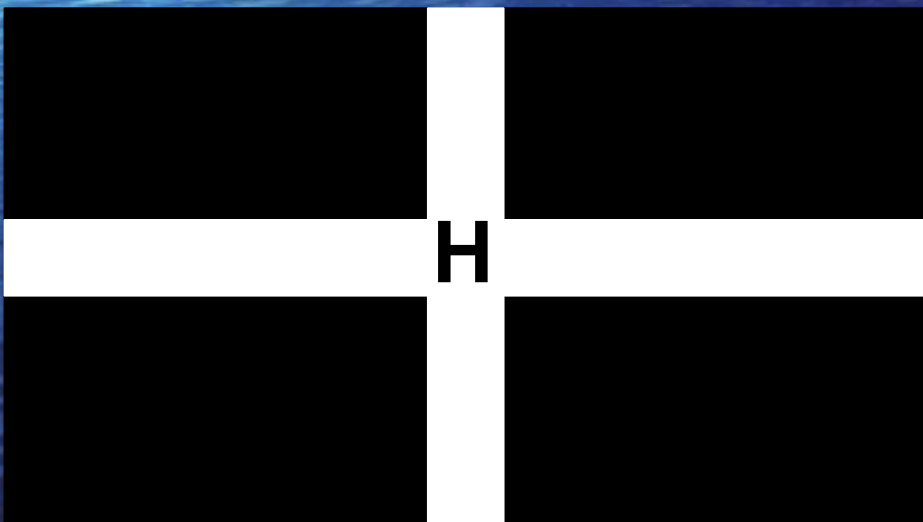
## Localizzazione del PRL

### Test della Croce

- Appare una croce senza lettera centrale e si fa fissare il paziente
- Premendo un tasto appare l'H al centro della croce
- Se la lettera non viene vista vuol dire che c'è uno scotoma centrale senza fissazione eccentrica
- Usare i tasti su e giù per far muovere il centro della croce fino a quando la lettera viene vista

### Test dell'Orologio

- Guardare la E nel centro
- Si chiede quale numero del quadrante è visto più chiaramente: lo scotoma si trova diametralmente opposto
- Far fissare in direzione dello scotoma per vedere più chiaramente la E



## Localizzazione del PRL

### Microperimetro Nidek MP-1

- Mappe della sensibilità retinica
- Sede della fissazione
- Scotometria
- Stabilità della fissazione

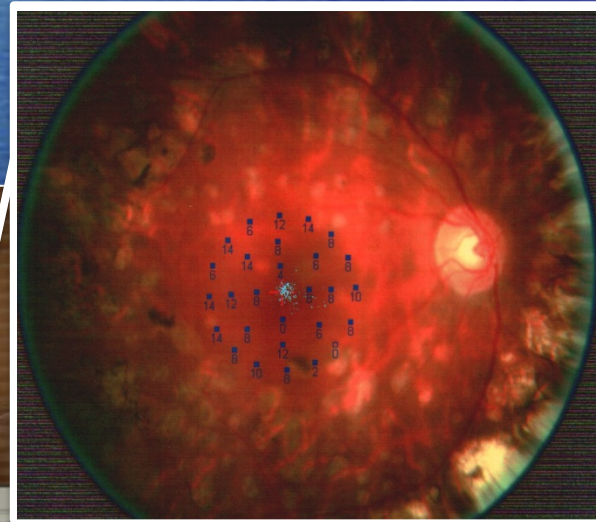
(Klaus Rohrschneider\*, Stefan Bu" Itmann, Christina Springer Progress in Retinal and Eye Research 27 (2008) 536–548)





*La localizzazione e stabilità del PRL più funzionale per il paziente, per la scelta della migliore strategia, precede le sedute di riabilitazione.*

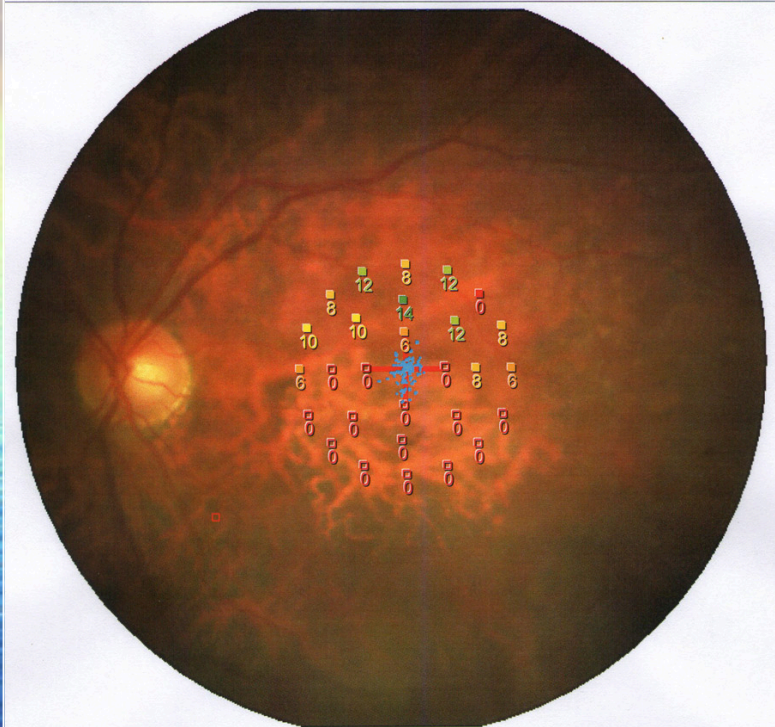
(Fujii GY et al Ophthalmology 2002; 109:1737-1744)



# Localizzazione della Fissazione e Sensibilità retinica

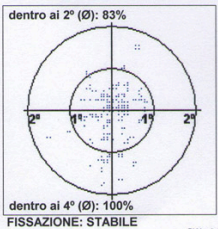
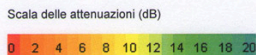
Esame: MICROPERIMETRIA  
Data: 22/04/2009 11.38.27  
Nota:

Occhio: OS  
Durata: 4m 5s



Configurazione est1 Sfondo Bianco Target di fissazione Croce singola, 4° Contr. Affidabilità (0/3) Pattern Polar12\*10DB28s ( Strat. di soglia 4-2 Stimolo Goldmann III (200 n

Legenda  
□ Non visto a ... dB  
■ Visto a ... dB  
△ Non proiettato



Prima di intraprendere il training riabilitativo è fondamentale:



Studio della Fissazione



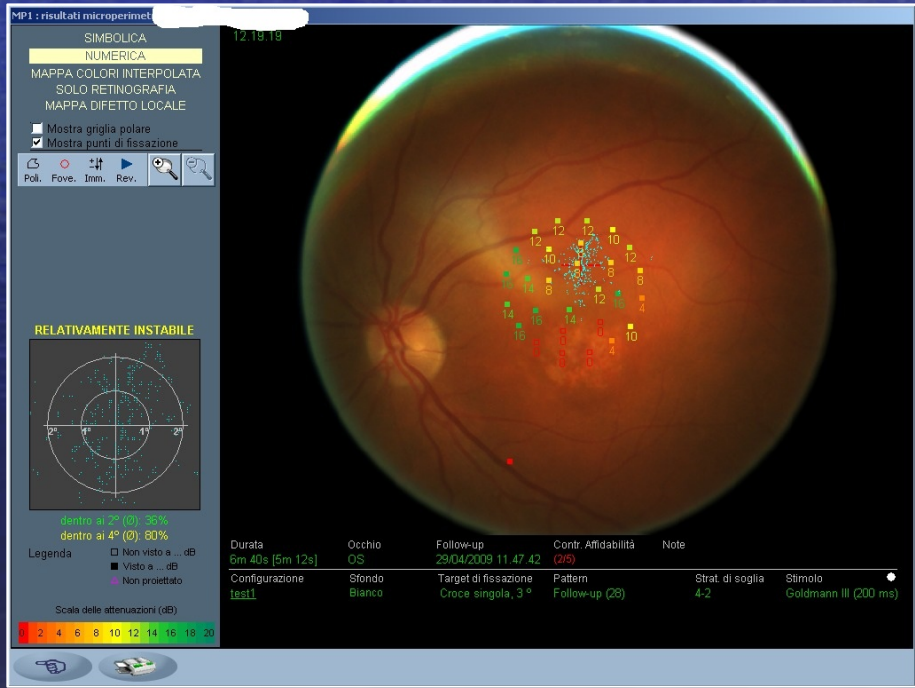
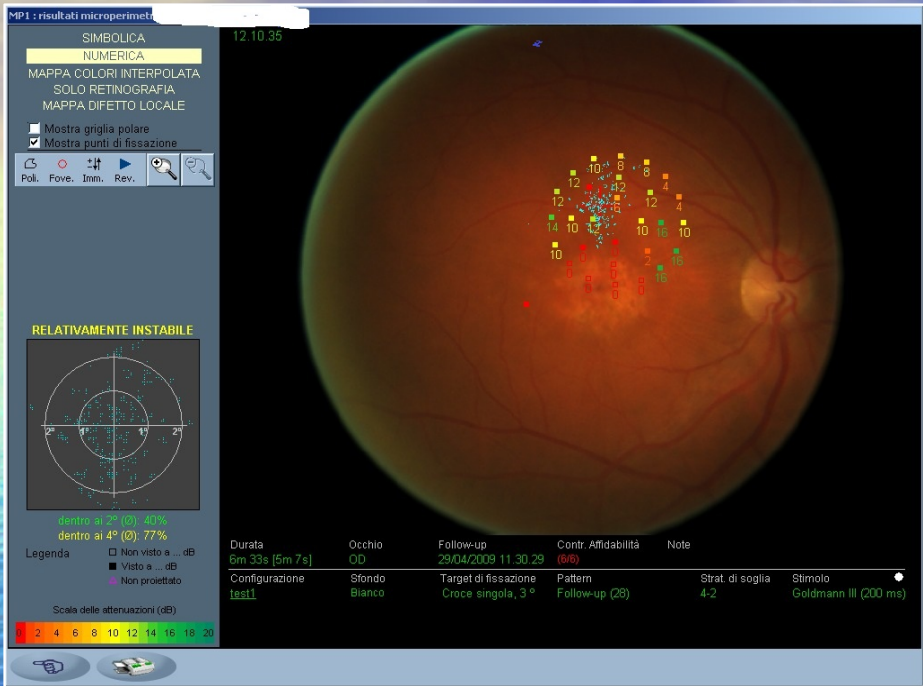
Analisi della localizzazione



Analisi della stabilità



# Stabilità di fissazione



(Janet S. Sunness, Ronald A. Schuchard, Naiming Shen, Gary S. Rubin, Gislin Dagnelie, and David M. Haselwood *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1995 August; 36(9): 1863–1874)

La stabilità del PRL per la fissazione al termine del percorso riabilitativo conferma il miglioramento dell'efficienza visiva, riferita dal paziente come sicurezza nello svolgere le attività della vita quotidiana.





# Dopo aver determinato il tipo di deficit:

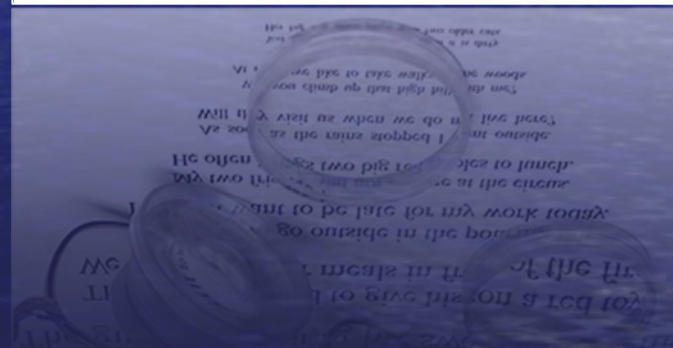
- ✧ CENTRALE
- ✧ PERIFERICO



- Presenza o assenza di scotoma centrale
- Strategia riabilitativa
- Prova degli ausili ottici o elettronici per raggiungere lo scopo che il paziente si prefigge

## Il numero delle sedute è stabilito sulla base di:

- Motivazione
- Gravità della patologia
- La capacità cognitiva
- L'assiduità nello svolgere gli esercizi a domicilio





Cambiare le abitudini non è facile, è stancante, richiede attenzione concentrazione allenamento. La riabilitazione inizia con suggerimenti, modifiche da apportare:

Contrasto e luce



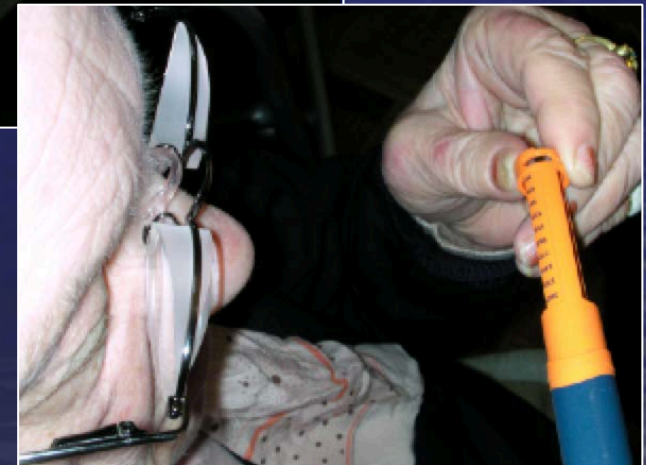
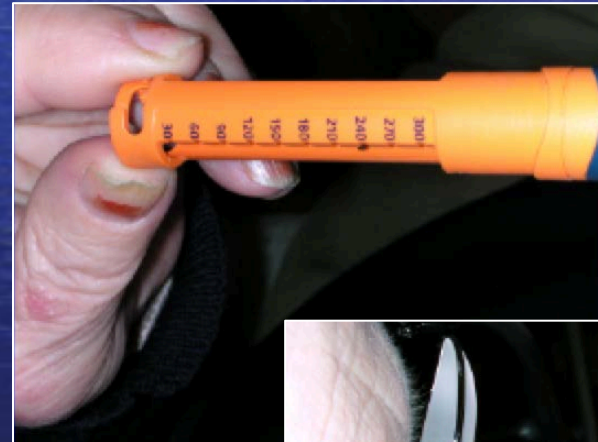
Prova di lenti filtranti



A ogni seduta viene registrato il conseguimento degli obiettivi raggiunti e vengono consegnati esercizi da svolgere a casa, istruendo il paziente sulla postura (consigliato l'uso di un leggio) e sull'illuminazione

Gli esercizi a domicilio:

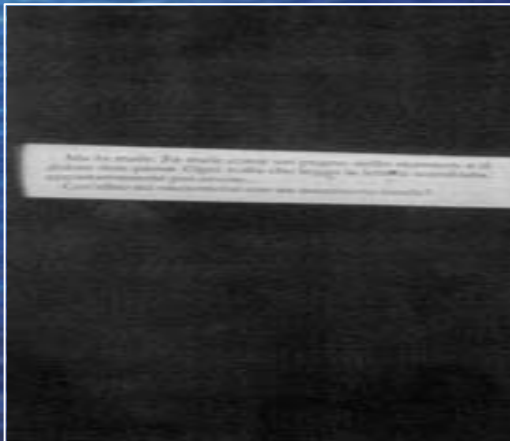
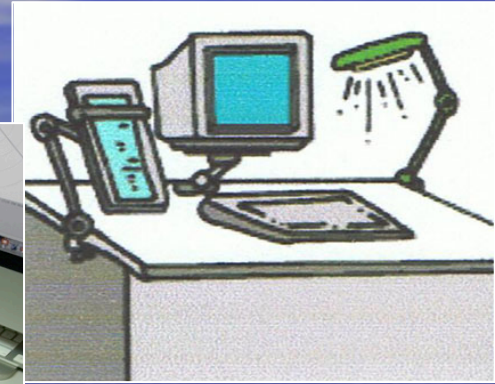
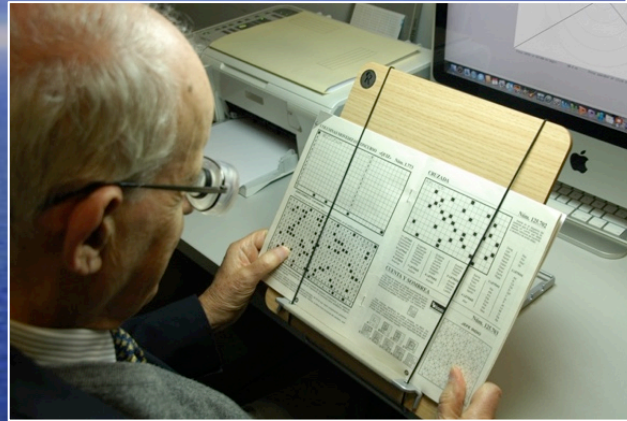
- confermano e aiutano i miglioramenti ottenuti durante le sedute
- riducono la durata della riabilitazione





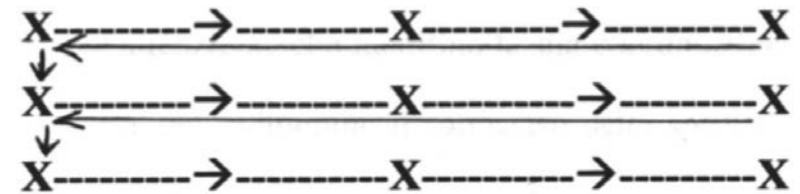
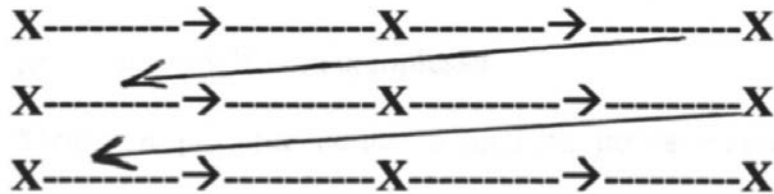
# CONSIGLI ERGONOMICI

- ❖ Postura
- ❖ Leggio
- ❖ Tiposcopio



## LA LETTURA

È la principale disabilità riferita dal paziente con degenerazione maculare.



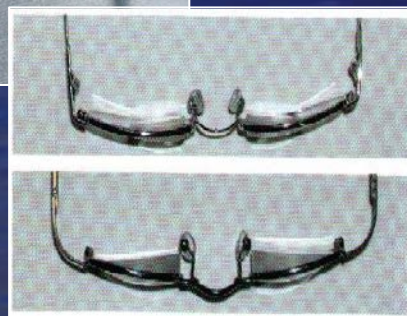
## MODALITÀ DI LETTURA

- ✓ Posizionamento del testo davanti all'occhio che legge
- ✓ Ricerca e mantenimento della distanza corretta
- ✓ Spostamento del testo di lettura
- ✓ Uso del tiposcopio
- ✓ Spiegazione come leggere il rigo successivo



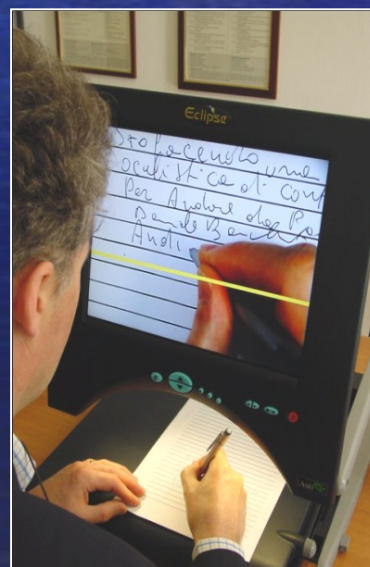
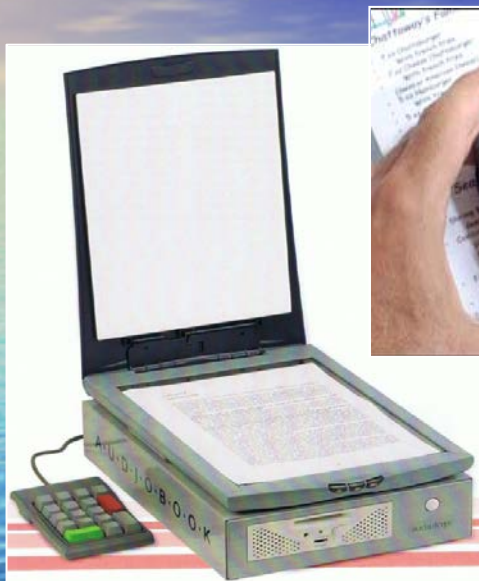
## SCELTA DEGLI AUSILI

- Lenti di ingrandimento a mano
- Sistemi ipercorrettivi
- Sistemi aplanatici
- Sistemi galileiani
- Sistemi Kepleriani
- Videoingranditori
- Sistemi informatizzati



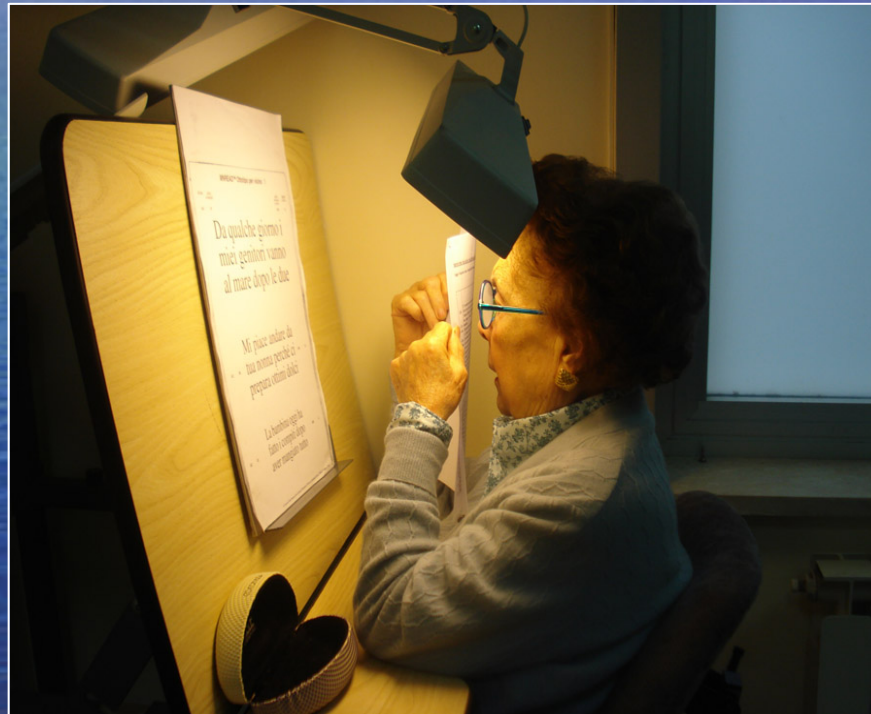


Al termine delle prove, viene prescritto l'ausilio più idoneo a soddisfare le esigenze principali del paziente.





Quando il paziente è in possesso dell'ausilio, lo si invita a usarlo più volte presso il Centro in modo da familiarizzare con lo stesso



Riducendo gli insuccessi nell'utilizzo degli ausili nella vita quotidiana

## Lo Psicologo

È fondamentale per un Centro di Riabilitazione Visiva e interviene in tutti quei casi in cui la condizione psicologica può essere di ostacolo alla riabilitazione.



Compito della Psicologia Clinica è quello di:

“Contribuire alla promozione e al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all'identificazione dei correlati eziologici diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate, migliorando la qualità della vita e incidendo in modo positivo sulla sopravvivenza”.

([http://www.collegiopsicoclinicauniv.it/ita\\_ambiti.html](http://www.collegiopsicoclinicauniv.it/ita_ambiti.html))



## Cambio di Paradigma scientifico

Dal modello  
meccanicistico-riduzionistico  
(Il modello Biomedico)



Al Paradigma sistemico  
Bio-psico-sociale  
(Medicina centrata sul paziente)

- la salute e la malattia sono determinate da una molteplicità di fattori biologici, psicologici e sociali che interagiscono reciprocamente
- il trattamento riguarda l'intera persona e non soltanto i sintomi fisici associati alla malattia
- i valori, i sentimenti, i processi cognitivi della persona/paziente assumono la rilevanza di variabili significative per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Alla visione sistemica dell'approccio scientifico  
conseguono vari livelli di "centratura"

### Sulla persona

Prendersi cura della persona nella sua complessità è più efficace a tutti i livelli (compliance, risultati dei trattamenti clinici, riduzione della sofferenza del paziente e dei familiari, minori costi economici delle cure)

### Sulla malattia

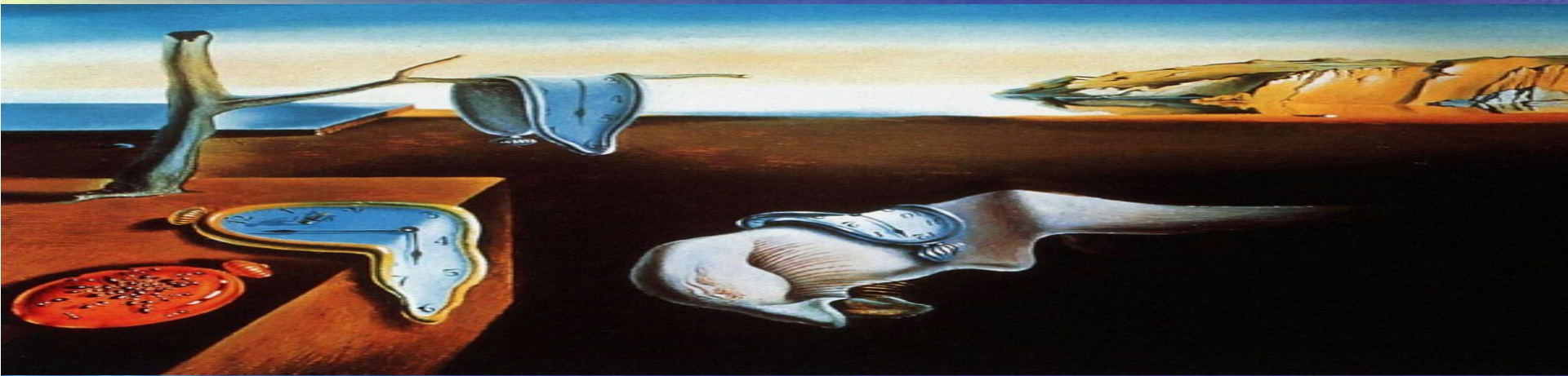
Centrarsi sulla persona non significa perdere di vista la malattia, ma contestualizzarla nella realtà di "questo paziente, di questo corpo, in questo specifico ciclo di vita, in questa parte di mondo"

### Sulla relazione

Il modo in cui operatore sanitario e paziente interagiscono influenza non solo la relazione terapeutica, ma anche i risultati di tale relazione



Una perdita o una severa compromissione della funzionalità visiva rappresentano, per la persona ipovedente e per la sua famiglia, una prova esperienziale molto impegnativa, che coinvolge tutti gli aspetti peculiari dell'esistenza.



I pazienti ipovedenti vivono nell'*hic et nunc*. Viene sospesa la progettualità sul futuro, in quanto le condizioni di incertezza e indeterminatezza in cui versa lo stato di salute della loro funzionalità visiva impediscono agli stessi un investimento nel tempo.

## Le fasi di adattamento all'evento malattia

### 1. Shock o stordimento

Si identifica con l'impatto del paziente con l'ambiente ospedaliero, generalmente è la fase immediatamente successiva alla diagnosi ed è caratterizzata da una sensazione di catastrofe

### 2. Ricerca e struggimento

Si osserva una parziale e discontinua consapevolezza della realtà. Il paziente non dice più "non è vero, non è successo a me". Questa fase è caratterizzata da collera e irrequietezza.

### 3. Disorganizzazione e disperazione

Si affaccia un sentimento di stanchezza nella prosecuzione di un possibile percorso di vita. Molti si sentono segnati dalla malattia e vorrebbero nascondersela agli altri.

### 4. Riorganizzazione

Implica una riflessione e una ridefinizione di sé e della situazione stessa. Appare fondamentale la rielaborazione della propria emozione negativa: ogni evento acuto per essere elaborato deve essere preso in carico.



# Percorso psicologico Minimal Care con il paziente ipovedente

## Obiettivi:

Valutazione dei bisogni di cura del paziente ipovedente (e/o caregiver)  
Correzione dell'inadeguata percezione della malattia  
Modificazione dei comportamenti  
Motivazione all'aderenza a medio-lungo termine.

Valutazione dello stato emotivo  
pregresso e reattivo  
Percez. di malattia - Supporto perc.\*

Colloquio psicologico

Valutazione psicologica testistica

Valutazione criticità  
Funzionamento cognitivo\*

Colloquio psicologico

Valutazione neuropsicologica

Valutazione criticità  
Stile di vita e aderenza\*

Colloquio psicologico

## Intervento psicologico\*

Colloqui di supporto/motivazionali o psicoterapeutici specifici

Intervento psicologico rivolto ai caregiver

Il lavoro di tutti i membri dell'équipe riabilitativa con la collaborazione dei familiari pone al centro il paziente al fine di garantire maggiore autonomia e una migliore qualità di vita

