



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 05/10/2007

ADDI' 05/10/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniele	Assessore
POMPELI	Massimo	Vice	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Presidente	MICHELANGELO	Mario	"
BATTAGLIA	Augusto	Assessore	NISERI	Luigi	"
COFFOCCELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTENTE AL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZI

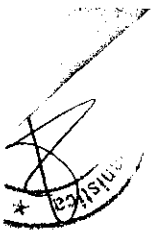
ASSENTI: POMPELI - COSTA - DE ANGELIS MANCINI - MICHELANGELO - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 743

Oggetto:

Modifica ed integrazione dell'allegato A della Deliberazione della Giunta Regionale 04.04.2007, n. 220 concernente: "Comune di Casertina (VT) - Variante al Piano Inseparazioni Produttive Valls (aiuso adottata con D.C.C n. 39 del 29 settembre 2006 - Approvazione".





743 - 5 OTT. 2007 *lu*

Oggetto: Modifica ed integrazione dell'allegato A della Deliberazione della Giunta Regionale 04.04.2007, n. 220 concernente: "Comune di Canepina (VT) - Variante al Piano Insediamenti Produttivi Valle Faiano adottata con D.C.C n. 39 del 29 settembre 2006 - Approvazione".

LA GIUNTA REGIONALE
Su proposta dell'Assessore all'Urbanistica

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 220 del 4 aprile 2007, pubblicata sul B.U.R.L. n. 17 del 20.06.2007, relativa all'approvazione della Variante al Piano Insediamenti Produttivi "Valle Faiano" adottata dal Comune di Canepina (VT) con D.C.C n. 39 del 29 settembre 2006;

CONSIDERATO che, a seguito di incontro informale avuto con l'Amministrazione Comunale è stato richiesto, all'Area 2B4 della Direzione Regionale Territorio e Urbanistica un riesame della Variante in argomento;

VISTA la Relazione Istruttoria n. 130389 del 27.07.2007 con la quale la citata Area 2B4, ha provveduto a modificare la precedente Relazione Istruttoria n. 175693 del 26.02.2007, che costituiva parte integrante quale Allegato A della D.G.R. n. 220/2007, così come di seguito integralmente si riporta:

"Con deliberazione della Giunta regionale n. 220 del 04.04.2007, pubblicata sul BURL n. 17 prima parte del 20.06.2007, è stata approvata la variante indicata in oggetto.

La variante consisteva nella modifica di due parametri urbanistici, ovvero la riduzione della fascia di rispetto stradale da mt 30,00 a mt 10,00 e la modifica dell'altezza massima degli opifici, indicata nel P.I.P. in mt 7,00 che passa a mt 10,50.

L'A.C. di Canepina, nel prendere atto della intervenuta approvazione regionale della proposta comunale ad eccezione dell'altezza riconfermata in mt 7,00, esclusivamente per i tre lotti lungo la strada, ha richiesto un riesame relativamente a questo aspetto al fine di omogeneizzare le altezze, ritenendo il limite di mt 7,00 solo per i tre lotti pregiudizievole e discriminante rispetto agli altri più interni.

Questa struttura, ritiene pertinenti e urbanisticamente ammissibili le osservazioni avanzate dal Comune. Le stesse tendono ad assicurare l'uniformità delle altezze per tutti gli opifici all'interno del P.I.P.

Si propone pertanto una modifica alla D.G.R. 220 del 04/04/2007 esclusivamente riguardante tale questione, e cioè portare a mt 10,50 le altezze anche dei tre lotti lungo la strada".

RITENUTO di condividere e fare proprie le considerazioni riportate nella predetta relazione n. 130389 del 27.07.2007 della Direzione Regionale Territorio ed Urbanistica - Area 2B.04;

RITENUTO, altresì, che il presente provvedimento non è soggetto a concertazione con le parti sociali;





743 - 5 OTT. 2007

ll

all'unanimità

DELIBERA

di modificare ed integrare l'Allegato A della Deliberazione di Giunta Regionale n. 220 del 4 aprile 2007, concernente l'approvazione della Variante al Piano Insediamenti Produttivi "Valle Faiano", adottata dal Comune di Canepina (VT) con D.C.C. n. 39 del 29.09.2006 - con quanto contenuto nella Relazione Istruttoria dell'Area 2B.04 della Direzione Regionale Territorio e Urbanistica n. 130389 del 27.07.2007, come integralmente riportato nelle premesse.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

- 5 OTT. 2007





GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 05/10/2007

=====

ADDI' 05/10/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLCMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniele	Assessore
		Vice			
POMPILI	Massimo	Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELI	Mario	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COPPOTELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

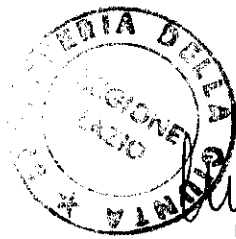
***** OMISSIS

ASSENTI: POMPILI - COSTA - DE ANGELIS - MANCINI - MICHELANGELI - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 745

Oggetto:

Legge 284/1997. Progetto "Sperimentazione di un modello organizzativo per la valutazione multidisciplinare dell'ipovedente adulto". Spesa complessiva di euro 152.000,00. Cap. H13103. Esercizio finanziario 2007.



745 - 5 OTT. 2007 *leg*

Oggetto: Legge 284/1997. Progetto "Sperimentazione di un modello organizzativo per la valutazione multidisciplinare dell'ipovedente adulto". Spesa complessiva di euro 152.000,00. Cap. H13103. Esercizio finanziario 2007.

LA GIUNTA REGIONALE



SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge 28 agosto 1997, 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 ha previsto 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;

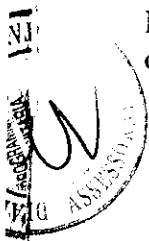
VISTO il decreto del Ministero della Sanità del 18 dicembre 1997 che determina i requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei centri di cui al predetto art. 2 della legge 284/97, nonché i criteri di ripartizione dei fondi previsti dal medesimo articolo, successivamente definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni nel maggio 2004;

VISTO il provvedimento 7 maggio 1998 della Conferenza Stato-Regioni "Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione";

VISTA la legge 3 aprile 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 luglio 2002 "Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 - PSR che con riguardo alle persone con ipovisione ha individuato due aree di intervento:

- 1. Promuovere la prevenzione e aumentare le conoscenze sulla epidemiologia delle patologie oculari** - che ha previsto, tra l'altro, la 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** al fine di garantire, tra l'altro, un approccio globale ai bisogni dei soggetti ipovedenti attraverso progetti riabilitativi individuali volti al raggiungimento del grado massimo di autonomia personale ed al miglioramento della qualità della vita. A tal fine la regione si fa promotrice di una forte

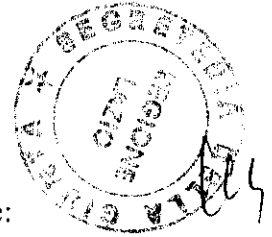


745 - 5 OTT. 2007 *lu*

integrazione tra le diverse professionalità che a vario titolo assicurano i vari ambiti assistenziali agli ipovedenti;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 2109 del 20 aprile 1999 che individua n. tre centri per le finalità di cui alla legge 284/97 e precisamente:

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



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;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 1333 del 12.12.2003 che autorizza il finanziamento dei Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva e l'Agenzia di Sanità Pubblica per la realizzazione di progetti sperimentali – anno 2003;

RITENUTO congruo ripartire i finanziamenti di cui al suindicato art. 2 della legge 284/97 sulla base di progetti che sviluppino specifiche aree d'intervento nell'ambito degli obiettivi previsti dalla stessa legge e dalla programmazione sanitaria regionale in materia, nonché delle attività svolte dai centri suindicati;

PRESO ATTO del progetto "Sperimentazione di un modello organizzativo per la valutazione multidisciplinare dell'ipovedente adulto", allegato A (A1.2.3.4) del presente provvedimento del quale costituisce parte integrante, elaborato dal Gruppo di lavoro suindicato e definitivamente approvato dallo stesso in data 31 maggio 2007;

RITENUTO che, in virtù della specificità delle prestazioni assistenziali erogate, la realizzazione del progetto di cui sopra deve essere affidato esclusivamente a tre dei cinque Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva, tenendo conto del numero dei pazienti da ciascuno di essi arruolabili per le finalità di cui all'iniziativa;

745 - 5 OTT. 2007 *uy*

RITENUTO opportuno affidare a Laziosanità-Agenzia di sanità pubblica, in considerazione delle specifiche competenze tecniche, il coordinamento dell'iniziativa in oggetto;

RITENUTO, pertanto, di ripartire la spesa complessivamente prevista per la realizzazione del progetto, pari ad euro 152.000,00 - cap. H13103 - esercizio finanziario 2007, ai sottoindicati Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva come sottospecificato:

- | | |
|---|----------------|
| o Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata -
U.O. di Oftalmologia | euro 45.300,00 |
| o Azienda usl RM/C - Ospedale C.T.O. A. Alesini | euro 22.650,00 |
| o Azienda usl RM/E - Ospedale Oftalmico | euro 73.950,00 |
| o Laziosanità - Agenzia di sanità pubblica | euro 10.100,00 |

RITENUTO che il progetto in esame, di durata biennale a far data dal 1 gennaio 2008, risponde pienamente ai criteri ed alle direttive regionali impartite in materia

DATO ATTO che il presente provvedimento non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali;

per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante della presente deliberazione, all'unanimità

DELIBERA

- di approvare il progetto "Sperimentazione di un modello organizzativo per la valutazione multidisciplinare dell'ipovedente adulto", allegato A (A1.2.3.4) del presente provvedimento del quale costituisce parte integrante che avrà durata biennale a far data dal 1 gennaio 2008;
- di affidare la realizzazione del progetto di cui sopra a tre dei cinque Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva, in virtù della specificità delle prestazioni assistenziali e tenuto conto del numero dei pazienti da ciascuno di essi arruolabili per le finalità di cui all'iniziativa;
- di ripartire la spesa complessivamente prevista per la realizzazione del progetto, pari ad euro 152.000,00 - cap. H13103 - esercizio finanziario 2007, ai sottoindicati Centri per l'educazione e la riabilitazione visiva come sottospecificato:

o Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata - U.O. di Oftalmologia	euro 45.300,00
o Azienda usl RM/C - Ospedale C.T.O. A. Alesini	euro 22.650,00
o Azienda usl RM/E - Ospedale Oftalmico	euro 73.950,00
o Laziosanità - Agenzia di sanità pubblica	euro 10.100,00

Con successiva determinazione si provvederà all'assunzione dell'impegno ed alla erogazione della spesa necessaria alla realizzazione dell'iniziativa in oggetto.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



All. A (A1.2.3.4)

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI





AII. A

**SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO
 PER LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE
 DELL' IPOVEDENTE ADULTO**



Premessa

L'ipovisione è una condizione di riduzione permanente della funzione visiva che comporta la riduzione o la perdita permanente della capacità di svolgere le principali attività quotidiane e limitare quindi in modo continuativo il grado di autonomia personale. Da questo deriva la necessità per l'ipovedente di ridefinire l'organizzazione della propria vita e dei rapporti personali.

In Italia la Legge n. 138/2001 definisce come "ipovedenti" le persone con acuità visiva compresa tra 1/20 e i 3/10 e/o con un campo visivo residuo binoculare inferiore al 60%.

L'ipovisione può associarsi a disabilità che coinvolgono altri organi o funzioni, aggravandone il quadro e riducendo la possibilità di utilizzo da parte dell'ipovedente di organi vicarianti o, comunque, di utilizzare il messaggio visivo per compensare altre disabilità. La presenza di tali disabilità determina la necessità di attivare progetti personalizzati di riabilitazione. In quest'ottica, la Legge n. 284/1997 ha fornito precise "disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati".

Nella regione Lazio non è disponibile una stima affidabile aggiornata delle persone portatrici di disabilità visiva; tuttavia, sulla base di due indagini epidemiologiche effettuate nel 1988 (1.000 soggetti) e nel 2000 (836 soggetti), è possibile ipotizzare l'andamento del numero di ciechi ed ipovedenti con età superiore a 40 anni. I dati sono stati calcolati moltiplicando il numero degli abitanti nelle varie classi di età decennali al 1988 ed al 2000 con i corrispondenti valori di prevalenza della cecità e dell'ipovisione rilevati nei due studi¹. Secondo questo possibile scenario, il numero di ciechi dovrebbe essersi ridotto notevolmente passando da circa 36.000 nel 1988 a 14.000 nel 2000, mentre dovrebbe risultare stabile il numero degli ipovedenti (da circa 56.000 a 55.000). I miglioramenti dei risultati dei trattamenti medici, parachirurgici e chirurgici ed una maggiore attenzione dei mass media e della popolazione per la salvaguardia della salute oculare, potrebbero aver ridotto il numero dei ciechi in tutte le classi di età e degli ipovedenti fino a 75 anni di età. Il numero degli ipovedenti rimane notevolmente maggiore di quello dei ciechi ed il progressivo invecchiamento della popolazione potrebbe determinarne un ulteriore aumento.

Razionale

Dati di letteratura riportano la possibilità di un'associazione fra ipovisione, sordità, patologie del sistema nervoso centrale e alterazioni dell'apparato locomotore; tale associazione interferisce nella definizione e nella realizzazione di un appropriato percorso riabilitativo, riducendone le possibilità di successo.

¹ Cedrone C, Ricci F, Nucci C, Cesareo M, Macri G, Culasso F. Age-specific changes in the prevalence of best-corrected visual impairment in an Italian population. *Ophthalmic Epidemiol*, in revisione.

L'analisi dei dati Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa-Sezione Ipovisione, cui notificano dal settembre 2004 i volumi di attività i 5 Centri di riferimento regionale per la riabilitazione visiva (CRV) attivi nella regione, ha evidenziato la prevalente presenza presso i CRV di persone con età media elevata (48% ultrasettantacinquenni) affetti soprattutto da malattie della retina (62,3%, di cui il 68,3% riferibile alla degenerazione maculare senile). In tali pazienti le ulteriori compromissioni degli apparati/organi/sistemi, rilevate con la ICF checklist, risultano essere prevalentemente a carico del sistema cardiovascolare (21,4%), dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino (10%), tipiche problematiche di una popolazione in età presenile e senile. Tuttavia l'esiguità dei dati, e il non utilizzo del sistema di classificazione da parte di tutti i Centri, impone cautela nelle interpretazioni.

Il paziente ipovedente accede al Centro di Riabilitazione Visiva mediante prescrizione dello specialista in oftalmologia, che ne certifica la condizione di ipovisione ai sensi della normativa vigente, ma è privo di una valutazione diagnostico-funzionale finalizzata ad evidenziare eventuali compromissioni degli altri distretti corporei. L'effettuazione di tale valutazione, che prevede il ricorso a figure professionali esterne al CRV, è causa per il paziente di notevole disagio (più di un accesso in luoghi e tempi diversi, protrarsi dei tempi di attesa per la presa in carico, perdita di giornate lavorative da parte dell'accompagnatore) e rischia di produrre risposte che non forniscono un quadro unitario in senso riabilitativo, poiché derivano da differenti approcci/linguaggi tra gli specialisti coinvolti e l'équipe riabilitativa. Una valutazione coordinata e sostanzialmente contemporanea tra le diverse professionalità coinvolte delle disabilità della persona ipovedente, mediante una procedura operativo/funzionale definita per ciascun CRV, dovrebbe ridurre tali problematiche.

Obiettivi

Sperimentazione di una modalità organizzativa finalizzata ad agevolare il percorso di valutazione globale diagnostico-funzionale delle persone adulte ipovedenti che accedono ai CRV.

Adozione in tutti i CRV della procedura organizzativa sperimentata e validata attraverso lo studio.

Definizione di pacchetti ambulatoriali complessi (composizione e tariffe) per la valutazione diagnostico funzionale delle persone che accedono alla riabilitazione visiva.

Stima della prevalenza e definizione dell'entità delle disabilità associate all'ipovisione.

Valutazione della qualità di vita dell'ipovedente, mediante uno specifico questionario standardizzato.

Revisione della scheda di raccolta dati riferita ai progetti riabilitativi (Scheda-utente SIAR) e delle scale di misurazione adottate nel SIAR.



Metodologia

Soggetti interessati dallo studio

Tutti i soggetti residenti nella regione Lazio, che avranno accesso presso i 3 CRV partecipanti: CRV Ospedale Oftalmico, CRV Policlinico Tor Vergata, CRV CTO A. Alesini.

Il referente del CRV provvede, illustrando gli scopi del progetto, a raccogliere il consenso informato. I nominativi dei pazienti che non daranno il proprio consenso alla partecipazione allo studio saranno notificati all'ASP, che provvederà a identificare le loro caratteristiche utilizzando le informazioni raccolte dal SIAR, qualora questi avviino comunque un progetto riabilitativo presso il CRV.

Durata dello studio

2006-2010 (dal protocollo alla pubblicazione dei risultati)

L'effettivo arruolamento dei soggetti ipovedenti avverrà dal 1.01.2008 al 31.12.2009.

Dimensione del campione

Nei 3 CRV coinvolti, nel 2006 sono stati attivati circa 350 nuovi progetti riabilitativi per persone ipovedenti; assumendo una percentuale di rifiuti pari al 15%, si stima di arruolare nei 2 anni di durata dello studio circa 600 pazienti.

Metodologia operativa

Ogni CRV coinvolto nel progetto individuerà un referente con il compito di coordinare l'agenda degli appuntamenti per la fase valutativa, prestando particolare attenzione alla definizione dei tempi e delle modalità di svolgimento delle valutazioni degli specialisti collaboranti; gli specialisti collaboranti definiranno a priori la propria disponibilità mediante comunicazione formale delle giornate e degli orari dedicati nonché del numero di potenziali pazienti da valutare; il referente provvederà a raccogliere le valutazioni dei singoli specialisti, al fine di creare una "scheda paziente" complessiva, da sottoporre all'attenzione dell'équipe valutativa per la discussione dei casi, che sarà propedeutica alla stesura del progetto riabilitativo.

I CRV partecipanti allo studio definiranno congiuntamente il protocollo operativo per organizzare le modalità delle due giornate nel corso delle quali saranno offerte le valutazioni multispecialistiche: visite oculistica, otorinolaringoiatrica, neurologica e fisiatrica.

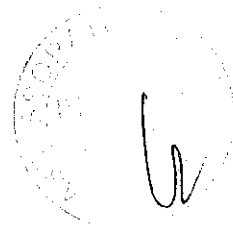
Nel corso delle due giornate, successivamente all'acquisizione del consenso del paziente, sono previste:

- somministrazione del questionario finalizzato a valutare la qualità di vita correlata allo stato di salute dell'ipovedente, sviluppato dal National Eye Institute di Baltimora, [*National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI - VFQ 25)*], che si allega] tradotto e validato in lingua italiana da G. Rossi, 2001; il questionario sarà somministrato da un operatore appositamente addestrato.

- valutazione oculistica;
- valutazione otorinolaringoiatrica;
- valutazione neurologica;
- valutazione fisiatrica.

Al termine della prima giornata, il referente del CRV comunicherà al paziente la data del secondo momento valutativo.

Un operatore individuato dal CRV seguirà il paziente nelle varie fasi del percorso valutativo.



Registrazione delle attività degli operatori

Tutte le prestazioni previste dal progetto per la valutazione diagnostico-funzionale del paziente sono erogate dagli operatori individuati in ogni CRV al di fuori dell'orario di servizio previsto dai CCNL di riferimento; presso ogni CRV è adottata la procedura di registrazione delle attività svolte, in modalità cartacea.

Registrazione delle prestazioni specialistiche

Essendo il progetto finanziato, tutte le prestazioni in esso previste non sono remunerate dal Ss regionale e pertanto non possono essere registrate nel corrente Sistema informativo sulle prestazioni sanitarie (SIAS); al fine di verificare la congruità delle informazioni verrà effettuato periodicamente un link tra i dati informatizzati del progetto e il SIAS. Qualora si verificasse la contemporanea presenza nei due archivi informatici delle prestazioni previste nel progetto per lo stesso paziente, la quota attribuita dal progetto al CRV verrà decurtata nella misura corrispondente al numero di pazienti segnalati come presenti anche nel SIAS per l'erogazione delle medesime prestazioni.

Raccolta, informatizzazione e analisi dei dati

I dati clinici, anamnestici e dei risultati strumentali sono raccolti su schede standardizzate cartacee. Le informazioni raccolte saranno inserite in un database realizzato da Laziosanità-ASP, nel rispetto della vigente normativa sulla privacy.

L'analisi statistica dei dati, la loro valutazione epidemiologica ed eventuali pubblicazioni scientifiche saranno a cura di Laziosanità-ASP.

La Regione Lazio e Laziosanità-ASP provvederanno alla stesura del documento finale dello studio ed alla presentazione pubblica dei risultati.

Indicatori di processo

Numero di soggetti arruolati presso i 3 CRV che partecipano allo studio

Numero di questionari somministrati e loro percentuale di completezza

Indicatori di risultato

Percentuale di pazienti il cui processo valutativo diagnostico-funzionale si è completato in 2 accessi.

Individuazione e descrizione di ipovedenti con problematica neuro-motoria ed otorinolaringoiatrica.

Descrizione della qualità di vita dei soggetti ipovedenti secondo il Questionario NEI-VFQ25.

Responsabilità scientifica del progetto

La responsabilità scientifica è affidata al Dirigente medico referente per il CRV Ospedale Oftalmico.

Coordinamento del progetto

Il Coordinamento del progetto è affidato a un Dirigente, con specifiche competenze, dell'Area Prevenzione e Tutela della Salute - Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica.

COSTI

Costo del progetto nei due anni: €152.000,00



PROSPETTO ECONOMICO: Tempi, personale e costi

Tabella 1. Risorse impegnate e tempo dedicato

Figura professionale	Tempo dedicato			
	CRV Oftalmico (300 pz.)	CRV Tor Vergata (200 pz)	CRV CTO A. Alesini (100 pz)	Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica
1 Oftalmologo*	16 h/mese	11h/mese	5,15 h/mese	-
1 Infermiere*	7 h/mese	5 h/mese	2,15 h/mese	-
1 Assistente in oftalmologia*	13,30 h/mese	9 h/mese	4,30 h/ mese	-
1 Altra figura professionale*	13,30 h/mese	9 h/mese	4,30 h/ mese	
1 Neurologo**	12,30 h/mese	8 h/mese	4 h/mese	-
1 Fisiatra**	12,30 h/mese	8 h/mese	4 h/mese	-
1 Otorinolaringoiatra**	6,15 h/mese	4 h/mese	2 h/mese	-
1 Direttore Scientifico*	3 mesi/persona	-	-	-
1 Coordinatore progetto°	-	-	-	3 mesi/persona
1 Informatico°	-	-	-	1 settimana/persona
1 Operatore data entry°	-	-	-	2 mesi/persona
1 Statistico°	-	-	-	15 giorni/persona

personale del CRV; ** specialisti esterni al CRV; ° Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica

Tabella 2. Dettaglio costi

Descrizione	Costi				Totale
	CRV Oftalmico (300 pz.)	CRV Tor Vergata (200 pz)	CRV CTO Alesini (100 pz)	Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica	
Valutazione oculistica, somministrazione questionario, compilazione cartella-paziente (4 h/pz.)	€39.000,00	€ 26.000,00	€ 13.000,00	0	€78.000,00
Valutazione neurologica (1h/pz.)	€10.500,00	€ 7.000,00	€ 3.500,00	0	€21.000,00
Valutazione fisiatrica (1 h/pz.)	€ 9.000,00	€ 6.000,00	€ 3.000,00	0	€18.000,00
Valutazione otorinolaringoiatrica (½ h/pz.)	€ 4.500,00	€ 3.000,00	€ 1.500,00	0	€9.000,00
Organizzazione nell'ambito del CRV	€ 4.950,00	€ 3.300,00	€ 1.650,00	0	€9.900,00
Direzione scientifica	€ 6.000,00	0	0	0	€ 6.000,00
Coordinamento progetto e spese generali (stampa materiale di consumo, progettazione software, data entry, analisi dati, diffusione risultati,...)	0	0	0	€ 10.100,00	€10.100,00
TOTALE	€ 73.950	€ 45.300,00	€ 22.650,00	€ 10.100,00	€152.000,00

I costi per la parte relativa alle valutazioni diagnostico-funzionali sono stati calcolati sulla base delle prestazioni del nomenclatore tariffario vigente; i costi della direzione scientifica e di organizzazione presso i CRV sono calcolati in maniera forfettaria in funzione della stima del tempo dedicato; i costi del coordinamento del progetto e delle spese generali sono stati calcolati sulla base del costo del materiale di consumo (fotocopie, ...) e della stima del tempo dedicato (organizzazione, addestramento all'uso del questionario, sviluppo software, data entry, elaborazione dati, diffusione risultati...).

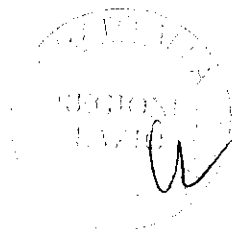
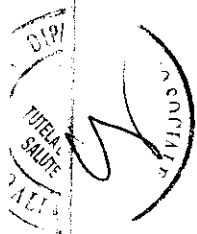


Riferimenti Bibliografici

- 1) Bergman B, Rosenhall U. *Vision and hearing in old age*, Scand Audiol. 2001;30(4):255-63
- 2) Berry P, Mascia J, Steinman BA. *Vision and hearing loss in older adults: "Doble trouble"*, Care Manag J. 2004 Spring; 5(1):35-40
- 3) Brennan M, Horowitz A, Su YP. *Dual sensory loss and its impact on everyday competence* Gerontologist. 2005 Jun;45(3):337-46
- 4) Buch H, Vinding T, La Cour M, Appleyard M, Jensen GB, Nielsen NV. *Prevalence and causes of visual impairment and blindness among 9980 Scandinavian adults :the Copenhagen City Eye Study*, Ophthalmology. 2004 Jan;111(1):53-61
- 5) Chia EM, Mitchell P, Rochtchina E, Foran S, Golding M, Wang JJ. *Association between vision and hearing impairments and their combine effects on quality of life*, Arch Ophthalmol. 2006 Oct; 124(10):1465-70
- 6) Haymes SA, Johnston AW, Heyes AD. *Relationship between vision impairment and ability to perform activities of daily living*, Ophthalmic Physiol Opt. 2002 Mar;22(2):79-91
- 7) Heine C, Browning CJ. *Communication and psycosocial consequences of sensory los in older adults: overview and rehabilitation*, Disabil Rehabil. 2002 Oct 15;24(15):763-73
- 8) Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. *Major and subthreshold among older adults seeking vision rehabilitation services*, Am J Geriatr Psychiatry. 2005 Mar;13(3):180-7
- 9) Jee J, Wang JJ, Rose KA, Lindley R, Landau P, Mitchell P, *Vision and hearing impairment in aged care client*, Ophthalmic Epidemiol. 2005 Jun;12(3):199-205
- 10) Keller BK, Morton JL, Thomas VS, Potter JF. *The effect of visual and hearing impairments on functional status*, J Am Geriatr Soc. 1999 Nov;47(11):1319-25
- 11) Lamoureux EL, Hassell JB, Keeffe JE. *The impact of diabetic retinopathy on participation in daily livin*, Arch Ophthalmol. 2004 Jan;122(1):84-8
- 12) Lamoureux EL, Hassell JB, Keeffe JE. *The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision*, Am J Ophthalmol. 2004 Feb;137(2):265-70
- 13) Reyes-Ortiz CA, Kuo YF, Di Nuzzo AR, Ray LA, Raji MA, Markides KS. *Near vision impairment predicts cognitive decline:data from the Hispanic Established Populations for Epidemiologic Sudies of the Elderly*, J Am Geriatr Soc. 2005 Apr; 53(4):681-6
- 14) Stevenson MR, Hart PM, Montgomery AM, McCulloch DW, Chakravarthy U. *Reduced vision inn older adults with age related macular degeneration interferes with ability to care for self and impairs role as carer*, Br J Ophthalmol. 2004 Sep;88(9):1125-30
- 15) Varma R, Wu J, Chong K, Azen SP, Hays RD; Los Angeles Latino Eye Study Group. *Impact of severity and bilaterality of visual impairment on health-related quality of life* Ophthalmology. 2006 Oct;113(10):1846-53

ALLEGATI

- Modello per l'espressione e acquisizione del consenso informato – A1
- Strumenti standardizzati utilizzati nell'ambito della valutazione diagnostico-funzionale – A2
- Cartella-paziente – A3
- Questionario sulla funzione visiva (VFQ 25) – A4





LA CIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a dichiara di:

- 1) aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti, attraverso il colloquio con un medico;
- 2) essere a conoscenza della possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento;
- 3) liberamente e spontaneamente,

ACCETTARE

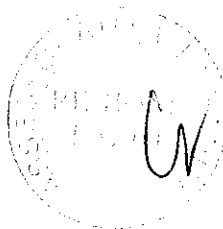
NON ACCETTARE

(barrare la scelta)

Data

Firma.....

Timbro e Firma del medico



Strumenti standardizzati utilizzati nell'ambito della valutazione diagnostico-funzionale

Allegato 1 (valutazione oculistica)

Scheda sperimentale di valutazione della disabilità visiva adulti (S.Va.Di.V. Adulti)

Allegato 2 (valutazione fisiatrica)

Scala di Tinetti per l'equilibrio e l'andatura

Allegato 3 (valutazione neurologica)

Scale per la valutazione neuropsicologica

Stampa circolare con il testo "DIREZIONE REGIONALE DELLA SANITÀ" e una firma manoscritta.

Stampa circolare con una firma manoscritta.

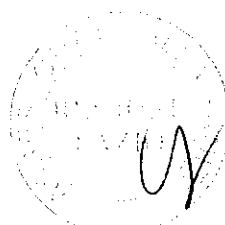
Handwritten mark or signature.

**Scheda Sperimentale di Valutazione
della Disabilita' Visiva Adulti**

(S.Va.Di.V. adulti)

a. CURA PERSONALE		punteggio
Igiene personale		
Tagliarsi le unghie		
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		
Bancomat		
Telefonare (riconoscimento tasti)		
Guardare la TV		
Cucire		
Piccole riparazioni domestiche		
Riconoscimento volti		
Totale b.		
c. LAVORO		
Utilizzo dei terminali/computer		
Partecipazione alle attività comuni		
Attività lavorative manuali		
Totale c.		

AREA RTIM
 15855



d. LETTURA		punteggio
Bollette		
Posta		
Assegni		
Libri		
Riviste		
Quotidiani		
Elenchi telefonici		
Rubrica telefonica		
Dattiloscritti		
Parole crociate		
Totale d.		
e. SCRITTURA		
Firma		
Compilazione prestampati		
Dattiloscritti		
Testi scritti a mano		
Totale e.		
f. TEMPO LIBERO		
Hobbies		
Totale f.		

Legenda aree:

— nessuna difficoltà;

3 = lieve difficoltà;

2 = media difficoltà;

1 = grave difficoltà;

0 = difficoltà completa

Punteggio TOTALE

Legenda:
 Nessuna disabilità = 184
 Disabilità Lieve = 183 - 138
 Disabilità Media = 137 - 92
 Disabilità Grave = 91 - 46
 Disabilità Gravissima = 45 - 1
 Disabilità Totale = 0

Stampa circolare con firma

Scala di Tinetti per l'equilibrio e l'andatura

(Tinetti ME: Performance-oriented assesement of mobility problems in elderly patients. JAGS 1986;34:119-126),
 versione in lingua italiana validata da: Franzoni S, Rozzini R, Le cadute nell'anziano. In: Bianchetti A, Rozzini R,
 Zanetti O, Trabucchi M, Ruolo del nursing nella cura del molto vecchio, GRG Ed, Brescia, 1990

Equilibrio

1 Equilibrio da seduto	
Si inclina, scivola dalla sedia	0
E' stabile, sicuro	1
2 Alzarsi dalla sedia	
E' incapace senza aiuto	0
Deve aiutarsi con le braccia	1
Si alza senza aiutarsi con le braccia	2
3 Tentativo di alzarsi	
E' incapace senza aiuto	0
Capace, ma richiede più di un tentativo	1
Capace al primo tentativo	2
4 Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)	
Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili	1
Stabile senza ausili	2
5 Equilibrio nella stazione eretta prolungata	
Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm)	1
Stabile, a base stretta, senza supporti	2
6 Romberg	
Instabile	0
Stabile	1
7 Romberg sensibilizzato	
Comincia a cadere	0
Oscilla, ma si riprende da solo	1
Stabile	2
8 Girarsi di 360 gradi	
A passi discontinui	0
A passi continui	1
Instabile	0
Stabile	1
9 Sedersi	
Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)	0
Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo	1
Sicuro, movimento continuo	2
TOTALE EQUILIBRIO	/16

TOTALE ___/28
 (andatura + equilibrio)

Andatura

10 Inizio della deambulazione	
Una certa esitazione, o più tentativi	0
Nessuna esitazione	1
11 Lunghezza ed altezza del passo	
Piede dx	
Il piede dx non supera il sx	0
Il piede dx supera il sx	1
Il piede dx non si alza completamente dal pavimento	0
Il piede dx si alza completamente dal pavimento	1
Piede sx	
Il piede sx non supera il dx	0
Il piede sx supera il dx	1
Il piede sx non si alza completamente dal pavimento	0
Il piede sx si alza completamente dal pavimento	1
12 Simmetria del passo	
Il passo dx e il sx non sembrano uguali	0
Il passo dx e il sx sembrano uguali	1
13 Continuità del passo	
Interrotto o discontinuo	0
Continuo	1
14 Traiettoria	
Deviazione marcata	0
Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili	1
Assenza di deviazione e di uso di ausili	2
15 Tronco	
Marcata oscillazione o uso di ausili	0
Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia	1
Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	2
16 Cammino	
I talloni sono separati	0
I talloni quasi si toccano durante il cammino	1
TOTALE ANDATURA	/16

Legenda:

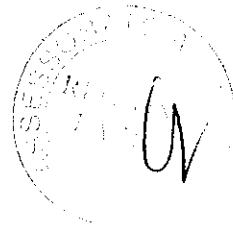
≥ 20 = deambulante a basso rischio caduta
 19-2 = deambulante ad alto rischio caduta
 ≤ 1 = non deambulante

Equilibrio

Il soggetto deve essere valutato seduto su una sedia senza braccioli e deve essere invitato a svolgere le manovre indicate. Si valuta la qualità della risposta, mentre non è particolarmente rilevante la velocità.

Andatura

Il soggetto sta in piedi di fronte all'esaminatore, cammina lungo il corridoio o attraversa la stanza, all'inizio con il suo passo usuale, poi con un passo un po' più rapido. Può usare gli ausili per il cammino.



Protocollo per le funzioni cognitive

Mini Mental State Examination (MMSE telefonico: Vanacore N., De Carolis A., Sepe-Monti M., Bomboi G., Stazi A., Bianchetti A. and Giubilei F., *Acta neurol. belg.*, 2006, 106, 132-136)

Prove di memoria

Test delle parole di Rey

(Richiamo immediato, Ritardato e Recognition) (Rey A., *L'examen clinique en psychologie*, Presse Universitaires de France, Paris, 1958) (Carlesimo G.A. et al., *Eur Neurol.*, 1996, 36: 378-84) (McNicol D., *A primer of signal detection theory*, Austr. Publ. Co., Sydney, 1972)

Span verbale in avanti ed indietro WAIS-R

(Wechsler Adult Intelligence Scale Revised) (Wechsler D., *WAIS-R manual*, Psychological Corporation, New York, 1981)

Test di Livello

Test delle Analogie (Rosenberg, D., Willson-Quayle, A. and Pasnak, R. Preliminary test of effects of cognitive ability, experience, and teaching methods on Verbal Analogy Test scores. *Percept. Mot. Skills*, 2000, 90: 1261-1267)

Prove attentive

Test di Luria (Luria AR. *Higher Cortical Functions in Man*. New York: Basic Books; 1966)

Go No Go (Kimberg DY, D'Esposito M, Farah M. Frontal lobes: cognitive neuropsychological aspects. In: Feinberg TE, Farah M, eds. *Behavioral neurology and neuropsychology*. New York, NY: McGraw-Hill, 1997, 409-418.)

Prove di linguaggio

Generazione di parole su criterio fonologico (Borkowski et al., *Neuropsychologia*, 1967, 5: 135-140) (Carlesimo G.A. et al., *Eur. Neurol.*, 1996, 36: 378-84)

Generazione di parole su criterio semantico (Marra C. et al., *Neuropsychology*, submitted)

Test Costruzione di frasi (Carlesimo G.A. et al., *Eur Neurol.*, 1996, 36: 378-84)

Test per la valutazione comportamentale

Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton MA: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62)

Hamilton Rating Scale for Anxiety (Hamilton M: The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-55)





LAZIOSANITA - AGENZIA DI SANITA PUBBLICA



**Sperimentazione di un Modello organizzativo
per la Valutazione multidisciplinare
dell' ipovedente adulto**



CARTELLA - PAZIENTE

CRV _____



Referente _____
Cognome Nome

Qualifica professionale _____

ID [][][]

N.B. = Riportare il codice attribuito automaticamente al momento dell'informatizzazione dei dati anagrafici

Anamnesi patologica:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infarto del Miocardio | <input type="checkbox"/> Altre patologie cardiache | <input type="checkbox"/> Ipertensione |
| <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> Bronchite cronica | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Aterosclerosi generalizzata | <input type="checkbox"/> Ischemia cerebrale/Ictus | <input type="checkbox"/> Dislipidemia |
| <input type="checkbox"/> Malattie neurologiche | <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Neoplasia |
| <input type="checkbox"/> Disturbi psichiatrici | <input type="checkbox"/> Altro _____ | <input type="checkbox"/> Altro _____ |



VALUTAZIONE OCULISTICA

data
gg mm anno

PATOLOGIA OCULARE PRINCIPALE (Codici ICD9-CM)

DMLE atrofica	<input type="text"/>	Retinopatia diabetica	<input type="text"/>
DMLE essudativa	<input type="text"/>	Occlusioni vascolari	<input type="text"/>
Glaucoma	<input type="text"/>	Miopia	<input type="text"/>
Retinite pigmentosa	<input type="text"/>	Maculopatie giovanili	<input type="text"/>
SIVR	<input type="text"/>	Altro	<input type="text"/>

VISUS DA LONTANO

OD nat corretto distanza di esecuzione

OS nat corretto distanza di esecuzione

OO nat corretto distanza di esecuzione

Grado ipovisione centrale 1 2 3 4 5

Legenda (L. n. 138/2001)

1. IPOVISIONE LIEVE

(residuo visivo compreso tra 3/10 e 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare tra il 60% e il 50%)

2. IPOVISIONE MEDIA

(residuo visivo compreso tra 2/10 e 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare tra 49% e il 30%)

3. IPOVISIONE GRAVE

(residuo visivo compreso tra 1/10 e 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare tra 29% e 10%)

4. CECITÀ PARZIALE

(residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare tra il 9% e il 3%)

5. CECITÀ TOTALE

(totale mancanza della vista, mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare inferiore al 3%)



ESAME ORTOTTICO

RELAZIONI MOTRICI

PARALLELISMO OCULARE

	Occhio Fissatore (OF)	Dev Converg/Diverg/Vert.	diplopia	Incomitanza Lont/Vicino	Incomitanza OF	Incomitanza se fissa/no
Senza corr						
Con corr OD						
Con corr OS						

SENSIBILITA' AL CONTRASTO (Tavole di Pelli Robson)

PERIMETRIA: residuo binoculare percentuale

Grado ipovisione periferica

Legenda (L. n. 138/2001)

1. IPOVISIONE LIEVE

(residuo visivo compreso tra 3/10 e 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare tra il 60% e il 50%)

2. IPOVISIONE MEDIA

(residuo visivo compreso tra 2/10 e 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare tra 49% e il 30%)

3. IPOVISIONE GRAVE

(residuo visivo compreso tra 1/10 e 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare tra 29% e 10%)

4. CECITÀ PARZIALE

(residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare tra il 9% e il 3%)

5. CECITÀ TOTALE

(totale mancanza della vista, mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, residuo perimetrico binoculare inferiore al 3%)

MICROPERIMETRIA

Macula 12° strategia 4-2, 10 db sensibilità media

FISSAZIONE OD stabile relativamente instabile instabile

OS stabile relativamente instabile instabile

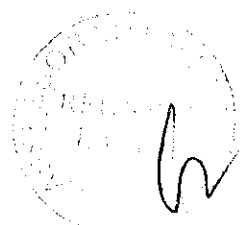
OK

Il/La paziente necessita di ulteriori approfondimenti per:

.....
(indicare la sospetta patologia con il codice ICD9-CM)

Osservazioni

Strumenti di valutazione: *Scheda di valutazione della disabilità visiva adulti (S.Va.Di.V.)*,
Scheda sperimentale elaborata dal gruppo di lavoro per la prevenzione della cecità, per la riabilitazione visiva e
per l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati. Legge 284/1997- Regione Lazio



VALUTAZIONE FISIATRICA

data |__| |__| |__| |__| |__| |__|
gg mm anno

1) Avverte dolore? sì no
Se sì, dove?

- Cervicale Lombare Spalla
 Arto superiore (dx sn) Arto inferiore (dx sn)
 Altra localizzazione _____

Se avverte dolore, questo è:

- lieve (saltuario, nessun effetto sulle attività quotidiane)
 media entità (dolore che scompare dopo breve riposo)
 moderato (dolore marcato che diminuisce a riposo – occasionalmente a riposo)
 grave (dolore spontaneo continuo)

Se avverte dolore, è in relazione a qualche attività? sì no

Se è in relazione ad un'attività, quale? _____

Se avverte dolore, esso aumenta durante alcune ore del giorno? sì no

2) Come riposa la notte? bene discretamente non bene

3) In che modo fa queste cose:

	facilmente	con difficoltà	è impossibile
a. Sedersi su una sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Inchinarsi per raccogliere un oggetto dal pavimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mettersi e togliersi le calze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Stare in piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Salire/Scendere le scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Salire/scendere dall'automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Pratica qualche sport/attività fisica? sì no

Se sì, quale? _____

Con quale frequenza? 1 a settimana ≥ 2 a settimana saltuariamente

5).....

Il/La paziente necessita di ulteriori approfondimenti per:

.....
(indicare la sospetta patologia con il codice ICD9-CM)

Osservazioni _____

Strumenti di valutazione: Scala di Tinetti, per l'equilibrio e l'andatura (*Tinetti ME: Performance-oriented assesement of mobility problems in elderly patients. JAGS 1986;34:119-126*), versione in lingua italiana validata da: Franzoni S, Rozzini R, Le cadute nell'anziano. In: Bianchetti A, Rozzini R, Zanetti O, Trabucchi M, Ruolo del nursing nella cura del molto vecchio, GRG Ed, Brescia, 1990

UN

VALUTAZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

data |__| |__| |__| |__| |__| |__|
gg mm anno

1) Ha problemi di abbassamento di udito? sì no

Se sì, le compromette: l'ascolto della televisione
 la percezione del campanello di casa
 la percezione della suoneria del telefono

2) Ha rumori nell'orecchio? sì no

3) Soffre di giramenti di testa? sì no

4) Ha difficoltà a capire ciò che le persone dicono? sì no

Se sì, in quali situazioni?

nella conversazione a due
 nella conversazione con più persone
 in ambiente rumoroso

5) Per questi motivi evita di uscire da solo? sì no

6).....

Esame audiometrico tonale

sì no

(allegare alla cartella-paziente il referto dell'esame)

Se esame non effettuato, indicare il motivo _____

Attivazione percorso per adozione protesi acustica sì no

Il/La paziente necessita di ulteriori approfondimenti per:

.....
(indicare la sospetta patologia con il codice ICD9-CM)

Osservazioni _____

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

data
gg mm anno

ANAMNESI NEUROLOGICA

1) Perdita di coscienza:

- a- Sincope sì no
b- Lipotimia sì no
c- Epilessia sì no

2) Cefalea:

- a- Emicrania sì no
b- Muscolotensiva sì no
c- Grappolo sì no

3) Pregressa ischemia/emorragia cerebrale:

- a- Deficit motori sì no
b- Deficit sensitivi sì no
c- Deficit cerebellari sì no

4) Fattori di rischio:

- a- Ipertensione sì no
b- Dislipidemia sì no
c- Diabete sì no
d- M. cardiovascolari sì no

e- Attualmente consuma alcool? sì no

Se sì,

- solamente durante i pasti (quantità: litro)
 vino e/o altri alcolici fuori pasto (quantità: litro)
 vino e/o altri alcolici anche fuori pasto (quantità: litro)

f- Attualmente fuma? sì no

Se sì,

- sigarette n. sigarette/die
 sigari n. sigari/die
 pipa quante volte/die

Il/La paziente necessita di ulteriori approfondimenti per:

.....
(indicare la sospetta patologia con il codice ICD9-CM)

Osservazioni _____

(Somministrare test e allegare alla cartella-paziente)

QUESTIONARIO SULLA FUNZIONE VISIVA VFQ-25

Versione italiana 25-item National Eye Institute - Visual Functioning Questionnaire

(sviluppato dal National Eye Institute di Baltimora tradotto e validato in lingua italiana da G. Rossi, 2001)

1. In generale, direbbe che la Sua salute complessiva è:

Eccellente.....	1
Molto buona.....	2
Buona.....	3
Passabile.....	4
Scadente.....	5

2. Attualmente, direbbe che la Sua vista usando entrambe gli occhi (con gli occhiali o le lenti a contatto, se li usa) è?

Eccellente.....	1
Molto buona.....	2
Buona.....	3
Passabile.....	4
Scadente.....	5
Sono completamente cieco...	6

3. Per quanto tempo si preoccupa della Sua vista?

Mai.....	1
Quasi mai.....	2
Una parte del tempo.....	3
Quasi sempre.....	4
Sempre.....	5

4. Quanto dolore o fastidio ha avuto nei Suoi occhi o attorno ad essi (per esempio bruciore, prurito, dolenzia)? Direbbe:

Nessuno.....	1
Lieve.....	2
Modesto.....	3
Severo.....	4
Molto severo.....	5

Le prossime domande Le chiedono quanta difficoltà Lei ha, se ne ha, nello svolgere certe attività indossando i suoi occhiali o le lenti a contatto, se li usa per quelle attività.

5. Quanta difficoltà ha nel leggere i normali caratteri di stampa dei giornali? Direbbe:

- | | |
|---|---|
| Nessuna difficoltà..... | 1 |
| Un po' di difficoltà..... | 2 |
| Una moderata difficoltà..... | 3 |
| Una grande difficoltà..... | 4 |
| Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... | 5 |
| Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... | 6 |

6. Quanta difficoltà ha nel fare lavori o hobby che richiedano di vedere bene da vicino come: cucire, cucinare, riparare cose in casa o usare attrezzi manuali? Direbbe:

- | | |
|---|---|
| Nessuna difficoltà..... | 1 |
| Un po' di difficoltà..... | 2 |
| Una moderata difficoltà..... | 3 |
| Una grande difficoltà..... | 4 |
| Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... | 5 |
| Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... | 6 |

7. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel trovare qualcosa su uno scaffale affollato?

- | | |
|---|---|
| Nessuna difficoltà..... | 1 |
| Un po' di difficoltà..... | 2 |
| Una moderata difficoltà..... | 3 |
| Una grande difficoltà..... | 4 |
| Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... | 5 |
| Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... | 6 |

8. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel leggere i segnali stradali o i nomi dei negozi?

- | | |
|---|---|
| Nessuna difficoltà..... | 1 |
| Un po' di difficoltà..... | 2 |
| Una moderata difficoltà..... | 3 |
| Una grande difficoltà..... | 4 |
| Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... | 5 |
| Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... | 6 |

9. A causa della Sua vista, che difficoltà ha nel scendere da marciapiedi, gradini, scale in condizioni di poca luce o di notte?

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

10. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel notare oggetti circostanti mentre sta camminando?

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

11. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel vedere come le persone reagiscono alle cose che Lei dice?

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

12. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel tirar fuori ed abbinare i suoi vestiti?

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

13. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nell'andare a trovare persone a casa loro, alle feste o nei ristoranti?

- | | |
|---|---|
| Nessuna difficoltà..... | 1 |
| Un po' di difficoltà..... | 2 |
| Una moderata difficoltà..... | 3 |
| Una grande difficoltà..... | 4 |
| Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... | 5 |
| Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... | 6 |

14. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel vedere film, spettacoli teatrali o eventi sportivi?

- | | |
|---|---|
| Nessuna difficoltà..... | 1 |
| Un po' di difficoltà..... | 2 |
| Una moderata difficoltà..... | 3 |
| Una grande difficoltà..... | 4 |
| Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... | 5 |
| Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... | 6 |

15. Al momento attuale, Lei guida, anche solo una volta ogni tanto?

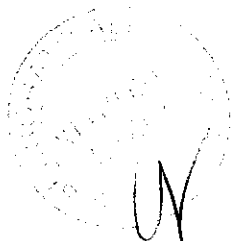
- | | |
|---------|---|
| Si..... | 1 |
| No..... | 2 |

15a. Se No: non ha mai guidato una macchina o ha smesso di guidare?

- | | |
|------------------|---|
| Mai guidato..... | 1 |
| Smesso..... | 2 |

15b. Se ha smesso di guidare, lo ha fatto principalmente a causa della Sua vista, principalmente per altre ragioni o a causa di entrambe le cose, la Sua vista e altri motivi?

- | | |
|--|---|
| Principalmente per la vista..... | 1 |
| Principalmente per altre ragioni..... | 2 |
| Per entrambi, la vista e altri motivi..... | 3 |



15c. Se attualmente guida: quanta difficoltà ha nel guidare durante il giorno in luoghi familiari? Direbbe che ha:

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

16. Quanta difficoltà ha nel guidare di notte? Direbbe che ha:

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

Le prossime domande riguardano situazioni che potrebbero verificarsi a causa della Sua vista. Per ogni domanda, per favore, faccia una crocetta sul numero che indica se per lei la affermazione è vera sempre, la maggior parte del tempo, una parte del tempo, un po' di tempo, mai.

	Sempre	La maggior parte del tempo	Una parte del tempo	Un po' di tempo	Mai
17. Lei fa meno di quanto Le piacerebbe, a causa della Sua vista?	1	2	3	4	5
18. Deve limitare la durata del lavoro o lo svolgimento di altre attività, a causa della Sua vista?	1	2	3	4	5
19. Quanto il dolore o il fastidio all'interno o attorno ai Suoi occhi (per esempio bruciore, prurito o dolenzia) La trattengono dal fare ciò che Le piacerebbe fosse fatto? Direbbe:	1	2	3	4	5



Per ognuna delle seguenti affermazioni, per favore, faccia una crocetta sul numero che indica se per Lei l'affermazione è certamente vera, in gran parte vera, in gran parte falsa, certamente falsa o se non sa.

	Certamente vero	In gran parte vero	Non so	In gran parte falso	Certamente falso
20. Resto in casa la maggior parte del tempo, a causa della mia vista.	1	2	3	4	5
21. Mi sento frustrato/a molte volte a causa della mia vista.	1	2	3	4	5
22. Ho molto meno controllo su quello che faccio a causa della mia vista.	1	2	3	4	5
23. A causa della mia vista, devo fidarmi troppo di quanto le altre persone mi dicono.	1	2	3	4	5
24. Ho bisogno di molto aiuto dagli altri, a causa della mia vista.	1	2	3	4	5
25. Sono preoccupato/a di fare cose che metteranno in imbarazzo me o gli altri, a causa della mia vista.	1	2	3	4	5



A5. A causa della Sua vista quanta difficoltà ha nel fare cose come radersi, pettinarsi o truccarsi?

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

A6. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel riconoscere persone note dall'altra parte di una stanza?

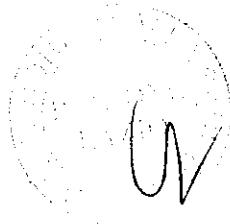
- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

A7. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel prender parte a sport attivi o ad altre attività all'aperto che Le piacciono (come giocare a bocce, fare jogging, passeggiare, giocare a golf o tennis)?

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6

A8. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel vedere e nel divertirsi per i programmi alla TV?

- Nessuna difficoltà..... 1
- Un po' di difficoltà..... 2
- Una moderata difficoltà..... 3
- Una grande difficoltà..... 4
- Ho smesso di farlo a causa della mia vista..... 5
- Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo..... 6



A9. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nell'intrattenere amici e familiari in casa Sua?

Nessuna difficoltà.....	1
Un po' di difficoltà.....	2
Una moderata difficoltà.....	3
Una grande difficoltà.....	4
Ho smesso di farlo a causa della mia vista.....	5
Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo.....	6

A10. A causa della Sua vista, quanta difficoltà ha nel guidare in condizioni difficili come con il cattivo tempo, nel traffico cittadino, durante l'ora di punta o sull'autostrada?

Nessuna difficoltà.....	1
Un po' di difficoltà.....	2
Una moderata difficoltà.....	3
Una grande difficoltà.....	4
Ho smesso di farlo a causa della mia vista.....	5
Ho smesso di farlo per altri motivi o non mi interessa farlo.....	6

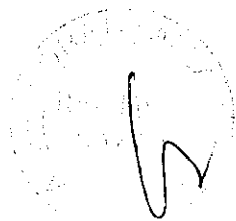


A11. Le prossime domande riguardano situazioni che potrebbero verificarsi a causa della Sua vista. Per ogni domanda, per favore, faccia una croce per indicare se per Lei questa è vera sempre, la maggior parte del tempo, una parte di tempo, un po' di tempo, mai.

	Sempre	La maggior parte del tempo	Una parte del tempo	Un po' di tempo	Mai
a. Riceve più aiuto dagli altri a causa della Sua vista?	1	2	3	4	5
b. E' limitato nel genere di cose che può fare a causa della Sua vista?	1	2	3	4	5

Le prossime domande riguardano il modo in cui Lei affronta la Sua vista. Faccia una crocetta per indicare, per ogni frase, se per Lei essa è vera, falsa, in gran parte vera o falsa o se non sa.

	Certamente vero	In gran parte vero	Non so	In gran parte falso	Certamente falso
A12. Sono spesso irritabile a causa della mia vista.	1	2	3	4	5
A13. Non esco di casa da solo/a a causa della mia vista.	1	2	3	4	5



**VERSIONE ITALIANA DEL
25-item NATIONAL EYE INSTITUTE - VISUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE
ISTRUZIONI PER L'USO**

Il 25-item National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI-VFQ 25) è stato sviluppato dal National Eye Institute di Baltimore, Maryland.

Lo scopo del questionario è quello di valutare la qualità di vita correlata alla salute (HRQOL) con target visivo. Si compone di domande identificate come importanti da soggetti affetti da comuni patologie oculari croniche: cataratta senile, degenerazione maculare legata all'età, glaucoma, retinopatia diabetica e retinite da cytomegalovirus o ipovisione da qualsiasi causa.

Il questionario richiede circa 10 minuti per la compilazione, è un questionario per autosomministrazione: il paziente deve compilarlo da solo, se il paziente avesse problemi nel compilarlo da solo può esser aiutato da qualcuno che legga le domande così come sono scritte, rileggendole anche più di una volta, cercando di non interpretarle o cambiarle e senza influenzare le risposte date dal paziente.

Il questionario si compone di 25 domande e di una Appendice di ulteriori 13 domande opzionali.

Le domande formano 12 sottoscale: visione generale (GV), difficoltà nelle attività che richiedono la visione da vicino (NA), difficoltà nelle attività che richiedono la visione da lontano (DA), limitazioni sociali dovute alla vista (VSSF), limitazioni mentali dovute alla vista (VSMMH), limitazioni di ruolo dovute alla vista (VSRD), dipendenza dagli altri a causa della vista (VSD), difficoltà nella guida (D), limitazioni nella vista periferica (PV) o dei colori (CV), dolore oculare (OP), salute generale (GH).

Ogni sottoscala è composta da 1 o più domande secondo lo schema riportato in tabella I. Nella tabella sono anche specificate le singole domande (anche quelle opzionali) che compongono ogni sottoscala.

Alle domande "obbligatorie" del questionario possono essere aggiunte tutte le domande opzionali dell'Appendice I oppure si può scegliere di aggiungere solo alcune domande ad una specifica sottoscala se questa rappresenta la principale dimensione della HRQOL correlata alla visione ossia quella più importante per la condizione in esame.

Il punteggio per l'NEI-VFQ 25 converte i valori numerici precodificati delle domande in un punteggio che va da zero a 100, i punteggi più alti riflettono una migliore qualità di visione e quindi una miglior "vision related quality of life" (VRQOL).

Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio che va da 0 a 100, i punteggi delle domande che compongono una sottoscala vanno sommati e si deve fare poi una media del valore: il numero così ottenuto è il punteggio della sottoscala.

Se un paziente non risponde ad una domanda, la domanda viene considerata missing e nella somma per il calcolo del punteggio della sottoscala va fatta la media solo delle domande che hanno risposta (ad esempio: se una sottoscala è composta da 3 domande ed una domanda è missing, si farà la media dei 2 valori che si hanno dividendo quindi per 2; se invece, ad esempio, il paziente non risponde alla domanda 12 che è l'unica a comporre la sottoscala CV, allora quella sottoscala non sarà disponibile, sarà missing).

Lo stesso vale quando un paziente dà una risposta con punteggio missing (esempio domande 5, 6, etc).

Nella tabella II e III si riportano i punteggi decodificati per ogni singola domanda, rispettivamente per le domande obbligatorie e per l'appendice, l'asterisco (*) indica le risposte missing.

Per qualsiasi problema :

Gemma CM Rossi

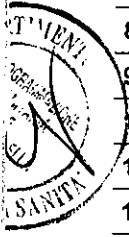
gemma.rossi.md@inwind.it

gemma_rossi_md@hotmail.com

Nome della sottoscala	Domande	N°
Salute generale (General Health) – GH	1, A1	2
Visione generale (General Vision) – GV	2, A2	2
Dolore oculare (Ocular Pain) – OP	4, 19	2
Attività per vicino (Near Activities) – NA	5, 6, 7, A3, A4, A5	6
Attività a distanza (Distance Activities) - DA	8, 9, 14, A6, A7, A8	6
Funzione sociale visuospecifica (Vision Specific Social Functioning) - VSSF	11, 13, A9	3
Salute mentale visuospecifica (Vis Spec Mental Health) - VSMH	3, 21, 22, 25, A12	5
Difficoltà di ruolo visuospecifica (Vis Spec Role Difficulties) - VSRD	17, 18, A11a, A11b	4
Dipendenza visuospecifica (Vis Spec Dependency) – VSD	20, 23, 24, A13	4
Guida (Driving) - D	15c, 16, A10	3
Visione dei colori (Color Vision) - CV	12	1
Visione periferica (Peripheral Vision) - PV	10	1

Tabella I. Elenco delle 12 sottoscale, elenco delle domande obbligatorie e “facoltative” che compongono ogni sottoscala, numero di domande per ogni sottoscala.





Domanda	Risposta					
	1	2	3	4	5	6
1	100	75	50	25	0	
2	100	80	60	40	20	0
3	100	75	50	25	0	
4	100	75	50	25	0	
5	100	75	50	25	0	*
6	100	75	50	25	0	*
7	100	75	50	25	0	*
8	100	75	50	25	0	*
9	100	75	50	25	0	*
10	100	75	50	25	0	*
11	100	75	50	25	0	*
12	100	75	50	25	0	*
13	100	75	50	25	0	*
14	100	75	50	25	0	*
15						
15a						
15b						
15c ¹	100	75	50	25	0	
16	100	75	50	25	0	*
17	0	25	50	75	100	
18	0	25	50	75	100	
19	0	25	50	75	100	
20	0	25	50	75	100	
21	0	25	50	75	100	
22	0	25	50	75	100	
23	0	25	50	75	100	
24	0	25	50	75	100	
25	0	25	50	75	100	

Tabella II. Decodifica delle domande e risposte.

* indica missing.

¹ Se 15b=1 allora 15c=0; se 15b=2 allora 15c=missing.



Domanda	Risposta					
	1	2	3	4	5	6
A1 ¹	10 20	30 40	50 60	70 80	90 100	
A2 ¹	10 20	30 40	50 60	70 80	90 100	
A3	100	75	50	25	0	*
A4	100	75	50	25	0	*
A5	100	75	50	25	0	*
A6	100	75	50	25	0	*
A7	100	75	50	25	0	*
A8	100	75	50	25	0	*
A9	100	75	50	25	0	*
A10	100	75	50	25	0	*
A11a	0	25	50	75	100	
A11b	0	25	50	75	100	
A12	0	25	50	75	100	
A13	0	25	50	75	100	

Tabella III. Decodifica delle domande e risposte dell'Appendice.

* indica missing.

¹ i punteggi di A1 ed A2 rispecchiano il giudizio dato dal paziente, ad esempio se il paziente giudica la sua vista crocettando il numero 5, la risposta varrà 50, il numero 7, 70 e così via.

