

*Rivista Scientifica*

# Igiene e Sanità Pubblica

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio  
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem  
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi  
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

---

## APPENDICE

Versione semplificata della cartella clinica utilizzata nel progetto di ricerca

*Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento  
ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio*

---

*Periodico bimestrale  
Volume LVII - N. 4 - Luglio / Agosto 2001  
IgSanPubbl - Issn 0019-1639  
[www.igiene.org](http://www.igiene.org)*

**Editoriale**

---

La Globalizzazione e la Sanità Pubblica .....	289
---	-----

**Parte Scientifica e Pratica**

---

<b>A. Boccia, P. Villari, A.P. Barone, L. Manzoli</b> Il ruolo dell'ospedale nella gestione dell'assistenza integrata ai tossicodipendenti ed ai soggetti a rischio: un'esperienza dell'azienda policlinico Umberto I di Roma .....	297
<b>E. Prospero, R. Appignanesi,</b> <b>S. Cimica, R. Rotili, M.M. D'Errico</b> Analisi epidemiologica dell'AIDS nella regione Marche (1984-1998) .....	347
<b>F. Vaia, G. Gemelli, S. Iannazzo, S. Petti</b> Prevalenza di epatite B in un campione di adulti di 25-64 anni di Roma .....	359
<b>E. Bianco, I. Richichi, B. Adamo, G. Poda, R. Bonetti, P. Beltrami,</b> <b>M. Cova, V. Wenzel, A. Simonetti, P. Ragni</b> Studio di conoscenza e pratica sulle misure di prevenzione della trasmissione di patogeni ematici in odontoiatria in due regioni italiane .....	369

**Note di Storia dell'Igiene**

---

<b>R. Bucci</b> 1945: anno di sfide e di ricostruzione (ed anno di nascita della rivista scientifica "Igiene e Sanità Pubblica") .....	377
--	-----

**Note di Approfondimento**

---

<b>A. Brenna</b> Importanza della cultura economica per gli operatori di sanità pubblica .....	381
<b>C. Meloni, R. Marchetti, C. Marena, M. Garavani</b> Impianti di trattamento e stoccaggio definitivo dei rifiuti e salute pubblica: la stima del rischio di danno alla salute umana negli studi di impatto ambientale .....	393

**Note di Aggiornamento**

---

<b>A. De Martino</b> Linee-guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati .....	407
<b>Libri</b> .....	415

*Università degli Studi di Roma "La Sapienza"  
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia*

*Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Dipartimento Affari Sociali*

*Ministero dell'Università e della Ricerca  
Scientifica e Tecnologica*

**Progetto "Intervento integrato di accoglienza, trattamento,  
orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio"**

Cognome

Sesso:

M

F

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Domicilio attuale

Telefono

Scolarità:

Nessuna	
Elementare	
Scuola media inferiore	
Scuola media superiore	
Laurea	

Occupazione:

Disoccupato	
Occupato	
Detenuto	
Pensionato	
Studente	

Stato civile:

Celibe/nubile	
Coniugato	
Divorziato/Separato	
Vedovo	

Nazionalità:

Italia	
Europa	
America del Nord	
America Centro-Sud	
Africa	
Asia	
Oceania	

Numero componenti il nucleo familiare:

**ACCETTAZIONE / DIMISSIONE**

Data di ingresso in Pronto Soccorso

Ora

--	--

Diagnosi d'ingresso

Codice di gravità

Verde	Giallo	Rosso
-------	--------	-------

Rifiuta il ricovero ?

SI	NO	Non Val.
----	----	-------------

Ricovero in:

Data

Note

Osservazione		
Altro Reparto		
Altro Ospedale		

Se ricoverato, trasferimento in:

Data

Note

Altro Reparto		
Altro Ospedale		

Data dimissione:

Diagnosi di dimissione:

Dimissione contro il parere dei sanitari

SI	NO	Se si, in data:
----	----	-----------------

Allontanamento dal reparto

SI	NO	Se si, in data:
----	----	-----------------

Decesso in ospedale

SI	NO	Se si, in data:
----	----	-----------------

Codici di diagnosi e intervento ICD-9-CM

Diag. 1

--

Int. 1

--

Diag. 2

--

Int. 2

--

Diag. 3

--

Int. 3

--

Diag. 4

--

Int. 4

--

**SCHEMA INTERNISTICA (1)**

Categoria d'abuso:  Alcool  Eroina  Poliabuso  
 Cocaina  Farmaci  Soggetti a rischio

**ANAMNESI FAMILIARE**

	Alcolismo		Tossicodipendenza		Malattie psichiatriche	
Padre	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Madre	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fratello/Sorella 1	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fratello/Sorella 2	SI	NO	SI	NO	SI	NO

**PATOLOGIA INFETTIVA**

	A		B		C		NDD	
Epatite	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
HIV	SI	NO	Data ultima analisi:					

Note

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**


---



---



---

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**


---



---



---

**ANAMNESI FARMACOLOGICA**


---



---

**SCHEMA INTERNISTICA (2)****PARAMETRI VITALI ALL'INGRESSO****Respiro****Cuore e circolo**

Spontaneo	SI	NO	Polso centrale	SI	NO
Respiri patologici	SI	NO	Frequenza		
Dispnea	SI	NO	Ritmo	Reg.	Irreg.
N. atti respiratori/min	< 11	12-20	> 20	Pressione arteriosa	Parz. irr.
Necessità rianimazione	SI	NO	Necessità rianimazione	Sist.	Diast.
Necessità ossigeno	SI	NO	Necessità ossigeno	SI	NO
Necessità farmaci	SI	NO	Necessità farmaci	SI	NO
Se si, quali farmaci			Se si, quali farmaci		

**STATO DI COSCIENZA**

Valutazione secondo la Coma Glasgow Scale (C.G.S.)

Apertura occhi	Nessuna		Risposta verbale	Nessuna	
	Al dolore			Suoni incomprensibili	
	Alla voce			Confusa	
	Spontanea			Orientata e appropriata	

Risposta motoria	Nessuna		Totale punteggio CGS	
	Estende al dolore			
	Flette al dolore			
	Retrae al dolore			
	Localizza il dolore			
	Conservata e coordinata			

Dolore	SI	NO	Non val.	Se si, localizzazione:	
--------	----	----	----------	------------------------	--

**SCHEMA INTERNISTICA (3)****ASPETTO GENERALE**

Cute:				
<input type="checkbox"/> Rosea	<input type="checkbox"/> Cianotica	<input type="checkbox"/> Edematosa	<input type="checkbox"/> Dermatiti	<input type="checkbox"/> Cicatrici
<input type="checkbox"/> Pallida	<input type="checkbox"/> Itterica	<input type="checkbox"/> Disidratata	<input type="checkbox"/> Ematomi	<input type="checkbox"/> Petecchie
Igiene		Stato nutrizionale		Autosufficienza
<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non val.		
<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Scaduto			
<input type="checkbox"/> Scarsa				

**ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO**

Condizioni generali:		Disturbi della sensibilità:		Pupille:	
<input type="checkbox"/> Gravi	<input type="checkbox"/> Scadute	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Ipoestesia	<input type="checkbox"/> Normoreagenti	<input type="checkbox"/> Miosi DX
<input type="checkbox"/> Discrete	<input type="checkbox"/> Buone	<input type="checkbox"/> Iperestesia	<input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Miosi SX	<input type="checkbox"/> Midriasi DX
		<input type="checkbox"/> Non valutabili		<input type="checkbox"/> Midriasi SX	
Disorient. spazio-temporale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Deficit neurologici		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se si, quali:	
<input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio	<input type="checkbox"/> Disturbi della memoria	<input type="checkbox"/> Convulsioni	<input type="checkbox"/> Tremori	<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Ansia
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Orripilazione	<input type="checkbox"/> Rinorrea	<input type="checkbox"/> Lacrimazione	<input type="checkbox"/> Iperemia congiuntivale	<input type="checkbox"/> Sudorazione
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Sbadigli	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Temperatura corp.	

Soffio al cuore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Edema arti sup.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se si:	<input type="checkbox"/> Sist.	<input type="checkbox"/> Diast.	Edema arti inf.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Murmure vescicolare	<input type="checkbox"/> Fisiolog.	<input type="checkbox"/> Ridotto	Flebite arti sup.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Note			Flebite arti sup.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Addome trattabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Linfonodi	<input type="checkbox"/> Palpab.	<input type="checkbox"/> Non palp.
Peristalsi	<input type="checkbox"/> Valida	<input type="checkbox"/> Torpida	Fratture	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fegato aumentato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Note		
Note			Eventuali terapie praticate:		
Milza aumentata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Note					

**SCHEMA INTERNISTICA (4)****ESAMI EMATOCHIMICI**

Esame	Risultati	Data	Risultati	Data
Emocromo:				
<i>Globuli rossi</i>				
<i>Globuli bianchi</i>				
<i>Emoglobina</i>				
<i>Ematocrito</i>				
<i>MCV</i>				
<i>Piastrine</i>				
Glicemia				
Azotemia				
Creatininemia				
Sodio				
Potassio				
GOT				
GPT				
Fosfatasi alcalina				
$\gamma$ -GT				
Amilasemia				
Bilirubinemia tot.				
Bilirubinemia dir.				
LDH				
CPK				
PT				
PTT				
Fibrinogeno				

**PROFILO BIOCHIMICO**

	Risultati	Data	Risultati	Data
Sideremia				
Colesterolo totale				
Colesterolo HDL				
Colesterolo LDL				
Trigliceridi				
Proteine totali				
Transferrina				
Albumina				
Note				

**SCHEMA TOSSICOLOGICA (1)**

Data e ora della consulenza tossicologica

Raccolta da

Cognome e nome del soggetto

Proveniente da Ser.T. [SI] [NO] Se si, quale:

**ANAMNESI TOSSICOLOGICA**

Overdose [SI] [NO]

Inizio con:	Alcool	<input type="checkbox"/>	Droga principale attuale	Alcool	<input type="checkbox"/>
	Cannabinoidi	<input type="checkbox"/>		Cannabinoidi	<input type="checkbox"/>
	Cocaina	<input type="checkbox"/>		Cocaina	<input type="checkbox"/>
	Oppiacei	<input type="checkbox"/>		Oppiacei	<input type="checkbox"/>
	Farmaci	<input type="checkbox"/>		Farmaci	<input type="checkbox"/>
	Associazioni varie	<input type="checkbox"/>		Associazioni varie	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>		Altro	<input type="checkbox"/>
	Ad anni	<input type="text"/>		Età inizio droga principale	<input type="text"/>

*Modalità di assunzione e sostanze consumate*

	Data ultima assunzione	Attuale uso settimanale (1-7)	Quantità / die	Via di somministrazione (inalat., orale, endov. o mista)
Tabacco				
Cannabinoidi				
Cocaina				
Eroina				
Amfetamine				
Acidi				
Benzodiazepine				
Solventi				
Vino				
Birra				
superalcolici				

**SCHEMA TOSSICOLOGICA (2)****ANAMNESI TERAPEUTICA**

Metadone	SI	NO	Se si, età di inizio		Data ultima assunzione	
					Dose	
					Piano metadonico ultimo anno	A scalare
						Mantenimento

Altre terapie:		Prescriz. medica	Auto- prescriz.			
Buprenorfina / Temgesic				Soggiorni in comunità Se si, quanti	SI	NO
Morfina						
Naltrexone						
Clonidina / Catapresan						
Alcover						
Più di una terapia						
Nessuna terapia						

**ESAME OBIETTIVO TOSSICOLOGICO**

Condizioni generali	Gravi		Pupille	Normoreagenti		
	Scadute			Miosi DX		
	Discrete			Miosi SX		
	Buone			Midriasi DX		
Reazione alla luce	Normoreagente		Risposta verbale	Nessuna		
	Iporeagente			Suoni incomprensibili		
Frequenza cardiaca				Trombosi	Confusa	
						Orientata e appropriata
					Sist.	Diast.
Frequenza respiratoria			SI		NO	
Temperatura						



**SCHEDA TOSSICOLOGICA (4)**Astinenza da oppiacei (SAO)

Pupilla midriatica	<input type="checkbox"/>
Sbadigli	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>
Orripilazione	<input type="checkbox"/>
Sudorazione	<input type="checkbox"/>
Dolori osteomuscolari	<input type="checkbox"/>
Insonnia	<input type="checkbox"/>
Nausea/vomito	<input type="checkbox"/>
Ansia	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>

Astinenza da alcolici (SAA)

Tremori	<input type="checkbox"/>
Sudorazione	<input type="checkbox"/>
Nausea/vomito	<input type="checkbox"/>
Ansia	<input type="checkbox"/>
Agitazione	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>
Obnubilamento del sensorio	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni uditive	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni visive	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni tattili	<input type="checkbox"/>

SDS

Completa il seguente questionario per la droga che più frequentemente hai assunto nell'ultimo anno:

1. Riesci a tenere sotto controllo l'uso di: .....	mai o quasi mai	<input type="checkbox"/>
	a volte	<input type="checkbox"/>
	spesso	<input type="checkbox"/>
	sempre o quasi	<input type="checkbox"/>
2. Ti preoccupa l'idea di saltare una dose?	mai o quasi mai	<input type="checkbox"/>
	a volte	<input type="checkbox"/>
	spesso	<input type="checkbox"/>
	sempre o quasi	<input type="checkbox"/>
3. Ti preoccupa fare uso di: .....	mai o quasi mai	<input type="checkbox"/>
	a volte	<input type="checkbox"/>
	spesso	<input type="checkbox"/>
	sempre o quasi	<input type="checkbox"/>
4. Hai mai desiderato di poter smettere?	mai o quasi mai	<input type="checkbox"/>
	a volte	<input type="checkbox"/>
	spesso	<input type="checkbox"/>
	sempre o quasi	<input type="checkbox"/>
5. Quanto hai trovato difficile smettere o stare senza?	per niente	<input type="checkbox"/>
	poco	<input type="checkbox"/>
	molto	<input type="checkbox"/>
	impossibile	<input type="checkbox"/>

**SCHEMA TOSSICOLOGICA (5)**CAGE

Se non sei astemio completa il seguente questionario:

Hai mai sentito il bisogno di bere meno?

Ti dà fastidio che qualcuno ti critichi perché bevi?

Ti sei mai sentito in colpa perché bevi?

Ti è mai capitato che il bere fosse la prima azione della mattina?

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

VAS

Con un segno sulla linea indica il massimo della voglia di eroina, alcool, cocaina che hai avuto nell'ultima settimana

## VOGLIA DI EROINA

\_\_\_\_\_  
 Nessuna voglia Mai avuta tanta voglia in vita mia

## VOGLIA DI BERE

\_\_\_\_\_  
 Nessuna voglia Mai avuta tanta voglia in vita mia

## VOGLIA DI COCAINA

\_\_\_\_\_  
 Nessuna voglia Mai avuta tanta voglia in vita mia

**SCHEMA PSICHIATRICA (1)**

Data e ora della consulenza psichiatrica

Raccolta da

Cognome e nome del soggetto

1. Campo di coscienza.											
<input type="checkbox"/>	Intatto	<input type="checkbox"/>	Ristretto	<input type="checkbox"/>	Confuso	<input type="checkbox"/>	Non valutabile				
2. Psicomotricità.											
<input type="checkbox"/>	Furioso	<input type="checkbox"/>	Agitato	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Rallentato	<input type="checkbox"/>	Stuporoso	<input type="checkbox"/>	Non val.
3. Emotività e preoccupazione rispetto alla situazione.											
<input type="checkbox"/>	Indifferente	<input type="checkbox"/>	Preoccupato	<input type="checkbox"/>	Allarmato	<input type="checkbox"/>	Angosciato	<input type="checkbox"/>	Non val.		
4. Contenuto ideoverbale.											
<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Ideazione prevalente	<input type="checkbox"/>	Ideazione delirante sistematizzata	<input type="checkbox"/>	Ideazione delirante frammentaria	<input type="checkbox"/>	Non val.		
Tematiche ideative prevalenti o deliranti:											
5. Livello di coscienza.											
<input type="checkbox"/>	Vigile	<input type="checkbox"/>	Soporoso	<input type="checkbox"/>	Torpidito						
6. Disturbi dell'attenzione.											
<input type="checkbox"/>	Assenti	<input type="checkbox"/>	Ipoprosessia	<input type="checkbox"/>	Iperprosessia						
7. Tono dell'umore.											
<input type="checkbox"/>	Euforico	<input type="checkbox"/>	Eutimico	<input type="checkbox"/>	Depresso	<input type="checkbox"/>	Irritabile	<input type="checkbox"/>	Non val.		
8. Flusso ideoverbale.											
<input type="checkbox"/>	Inarrestabile	<input type="checkbox"/>	Accelerato	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Rallentato	<input type="checkbox"/>	Inibito	<input type="checkbox"/>	Non val.

**SCHEMA PSICHIATRICA (2)**

9. Sensopercezioni.			
Segni indiretti di allucinazioni	Nessun segno indiretto di allucinazioni	Non val.	
10. Atteggiamento nei confronti del medico.			
Collaborativo	Distaccato	Oppositivo	Aggressivo
Non val.			
11. Coscienza di malattia rispetto all'abuso e alla dipendenza da sostanze.			
Presente	Parziale	Assente	Non val.
12. Compliance al trattamento.			
SI	NO	Non val.	

13. Paziente in Pronto Soccorso per tentato suicidio	SI	NO	Non val.
Se si, modalità del tentativo suicidario:			
14. Intenzione suicidaria in atto	SI	NO	Non val.
15. Anamnesi positiva per tentato suicidio	SI	NO	Non val.
Se si, numero, modalità e cronologia dei pregressi tentativi di suicidio:			

**SCHEMA NUTRIZIONALE**

Data e ora della consulenza nutrizionale

Raccolta da

Cognome e nome del soggetto

<input type="text"/>	Età	<input type="text"/>	Altezza	<input type="text"/>	Peso	Sesso	<input type="text"/> M	<input type="text"/> F
----------------------	-----	----------------------	---------	----------------------	------	-------	------------------------	------------------------

Attività fisica							
<input type="text"/>	Nulla	<input type="text"/>	Leggera	<input type="text"/>	Media	<input type="text"/>	Pesante

Struttura scheletrica					
<input type="text"/>	Esile	<input type="text"/>	Robusta	<input type="text"/>	Pesante

Circonferenze (in cm)							
<input type="text"/>	Braccio DX	<input type="text"/>	Ampiezza gomito	<input type="text"/>	Avambraccio	<input type="text"/>	Polso
<input type="text"/>	Rad. Coscia	<input type="text"/>	Med. coscia	<input type="text"/>	Vita	<input type="text"/>	Fianchi

Pliche (in mm)							
<input type="text"/>	Tricipitale	<input type="text"/>	Bicipitale	<input type="text"/>	Sottoscapolare	<input type="text"/>	Sovrailiaca

**FOLLOW UP**

Cognome e nome del soggetto

Data di dimissione

Soggetto già in contatto con strutture territoriali:

SI	NO
----	----

Se sì, indicare:

Tipo struttura

<input type="checkbox"/>	SerT (Servizio pubblico per le tossicodipendenze)	<input type="checkbox"/>	Servizio sociale
<input type="checkbox"/>	DIM (Dipartimento di Igiene Mentale)	<input type="checkbox"/>	Comunità terapeutica
<input type="checkbox"/>	Consutorio	<input type="checkbox"/>	Altro

Note:

--

**ORIENTAMENTO E INDIRIZZO**

Tipo struttura

<input type="checkbox"/>	SerT (Servizio pubblico per le tossicodipendenze)	<input type="checkbox"/>	Servizio sociale
<input type="checkbox"/>	DIM (Dipartimento di Igiene Mentale)	<input type="checkbox"/>	Comunità terapeutica
<input type="checkbox"/>	Consutorio	<input type="checkbox"/>	Altro

Referente della struttura

Indirizzo della struttura

Telefono e e-mail della struttura

Riscontro a una sett.

Pos.	Neg.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollecito:

SI	NO	Se sì, in data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Riscontro a un mese

Pos.	Neg.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollecito:

SI	NO	Se sì, in data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>