

"IO SONO NINA" - STORIA DI UNA DEMENZA SENILE

Vecchiaia, demenza, diritto alle cure e altro

[Home](#)

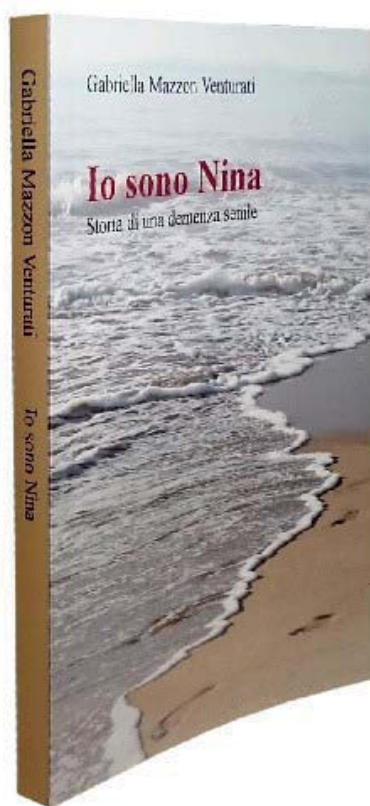
[La storia di Nina](#)

[Perché un blog per "Io sono Nina"](#)

[Ringraziamenti](#)

[Io sono Nina - Blog](#)

I download di "Io sono Nina"



Ciao,

nelle pagine che seguono trovi il documento che hai deciso di scaricare. Prima di proseguire voglio ricordarti il libro che ho scritto "Io sono Nina - storia di una demenza senile."

[Clicca qui per leggere l'anteprima](#), oppure vai nei negozi on line.



Un'ultima cosa prima di proseguire, se trovi interessanti gli articoli del blog www.scrical.it/storiademenzasenile ricordati di condividerli nei tuoi social.

REGIONE

ACCERTAMENTO DI PRIMA ISTANZA DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE DELLE CONDIZIONI VISIVE E DELLA SORDITA'

AZIENDA U.S.L. I			Commissione COMM. MEDICO LEGALE (IHL) VERBALE N. 3.																																						
DATA VISITA 09/02/2011	DATA DEFINIZIONE 09/02/2011	DATA PRES. DOMANDA 02/12/2010	N. DI PRATICA 2010/	DOC. IDENTITA' C.I. AM 1 ... 05																																					
COGNOME E NOME		SCSSO F	PROFESSIONE																																						
LUGO DI NASCITA (comune e provincia)		PROV.	DATA DI NASCITA 11/05/1922	TIPO DI ACCERTAMENTO Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Post mortem <input type="checkbox"/>																																					
RESIDENZA ANAGRAFICA (via, cap, comune e provincia) VIA I			Primo accertamento <input checked="" type="checkbox"/> ACCERTAMENTO SUCCESSIVO PER: revisione d'ufficio <input type="checkbox"/> aggravamento <input type="checkbox"/>																																						
ANAMNESI AFFETTA DA DIABETE MELLITO COMPLICATO DA VASCULOPATIA PERIFERICA E RETINOPATIA, EPISODI FUNZIONALI TIPO CUPOLITIASI, POLIARTROSI, COLELITIASI, ATEROMASIA DEI TRONCHI SOVRAORTICI, CARDIOPATIA IPERTENSIVA. IN TERAPIA CON CARDIOASPIRINA, BLOPRESS, LANSOX, DEDRALEN, DIURESIX, BIEUGLUCON. VIVE SOLA. EX-TITOLARE AGENZIA I																																									
ESAME OBIETTIVO: DEAMBULAZIONE E PASSAGGI POSTURALI AUTONOMI, UTILIZZA APPOGGIO. LUCIDA, ORIENTATA, COLLABORANTE. SALTUARIA INCONTINENZA. DEFORMAZIONI ARTROSICHE DIFFUSE. LAMENTA EPISODI VERTIGINOSI E DIPLOPIA.																																									
ACCERTAMENTI DISPOSTI																																									
DOCUMENTAZIONE ACQUISITA REFERTI VISITE SPECIALISTICHE.																																									
LA COMMISSIONE HA ACCERTATO: Assenza di patologia <input type="checkbox"/> Patologia dipendente da cause di guerra (lavoro, servizio) (non competente) <input type="checkbox"/> Patologia di competenza della commissione <input checked="" type="checkbox"/>																																									
DIAGNOSI DIABETE MELLITO COMPLICATO DA VASCULOPATIA PERIFERICA E RETINOPATIA, CARDIOPATIA IPERTENSIVA EPISODI FUNZIONALI TIPO CUPOLITIASI POLIARTROSI COLELITIASI, ATEROMASIA DEI TRONCHI SOVRAORTICI			<table border="1"> <tr> <td>Codici diagnosi</td> <td><input type="checkbox"/> Cardio-circolatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Vestibolare</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Respiratorio</td> <td><input type="checkbox"/> Visivo</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Digestivo</td> <td><input type="checkbox"/> Olfattorio</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Nervoso centrale</td> <td><input type="checkbox"/> Fisiognomico</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Endocrino</td> <td><input type="checkbox"/> Fonatorio</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Locomotore arto inf.</td> <td><input type="checkbox"/> Stomatognatico</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Locomotore arto sup.</td> <td><input type="checkbox"/> Riproduttivo</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Locomotore rachide</td> <td><input type="checkbox"/> Patologia immunitaria</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Urinario</td> <td><input type="checkbox"/> Patologia neoplastica</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Nervoso periferico</td> <td><input type="checkbox"/> Patologia cong./malform.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Psicico</td> <td><input type="checkbox"/> Patologia sistemica</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Uditivo</td> <td></td> </tr> </table>			Codici diagnosi	<input type="checkbox"/> Cardio-circolatorio	<input type="checkbox"/> Vestibolare		<input type="checkbox"/> Respiratorio	<input type="checkbox"/> Visivo		<input type="checkbox"/> Digestivo	<input type="checkbox"/> Olfattorio		<input type="checkbox"/> Nervoso centrale	<input type="checkbox"/> Fisiognomico		<input type="checkbox"/> Endocrino	<input type="checkbox"/> Fonatorio		<input type="checkbox"/> Locomotore arto inf.	<input type="checkbox"/> Stomatognatico		<input type="checkbox"/> Locomotore arto sup.	<input type="checkbox"/> Riproduttivo		<input type="checkbox"/> Locomotore rachide	<input type="checkbox"/> Patologia immunitaria		<input type="checkbox"/> Urinario	<input type="checkbox"/> Patologia neoplastica		<input type="checkbox"/> Nervoso periferico	<input type="checkbox"/> Patologia cong./malform.		<input type="checkbox"/> Psicico	<input type="checkbox"/> Patologia sistemica		<input type="checkbox"/> Uditivo	
Codici diagnosi	<input type="checkbox"/> Cardio-circolatorio	<input type="checkbox"/> Vestibolare																																							
	<input type="checkbox"/> Respiratorio	<input type="checkbox"/> Visivo																																							
	<input type="checkbox"/> Digestivo	<input type="checkbox"/> Olfattorio																																							
	<input type="checkbox"/> Nervoso centrale	<input type="checkbox"/> Fisiognomico																																							
	<input type="checkbox"/> Endocrino	<input type="checkbox"/> Fonatorio																																							
	<input type="checkbox"/> Locomotore arto inf.	<input type="checkbox"/> Stomatognatico																																							
	<input type="checkbox"/> Locomotore arto sup.	<input type="checkbox"/> Riproduttivo																																							
	<input type="checkbox"/> Locomotore rachide	<input type="checkbox"/> Patologia immunitaria																																							
	<input type="checkbox"/> Urinario	<input type="checkbox"/> Patologia neoplastica																																							
	<input type="checkbox"/> Nervoso periferico	<input type="checkbox"/> Patologia cong./malform.																																							
	<input type="checkbox"/> Psicico	<input type="checkbox"/> Patologia sistemica																																							
	<input type="checkbox"/> Uditivo																																								
La commissione certifica che, ai sensi delle leggi e decreti: ** GIUDIZIO ESPRESSO ALL'UNANIMITA' **																																									
25.5.70 n.381 <input type="checkbox"/> 27.5.70 n.382 <input type="checkbox"/> 30.3.71 n.118 e succ. mod. <input checked="" type="checkbox"/> 11.2.80 n.18 <input type="checkbox"/> 21.11.88 n.500 <input type="checkbox"/> 23.11.89 n.509 <input type="checkbox"/> 11.10.90 n.289 <input type="checkbox"/> 15.10.90 n.285 <input type="checkbox"/> 23.4.98 n.124 <input type="checkbox"/> 3.4.01 n.138 <input type="checkbox"/> 9.3.00 n.80 <input type="checkbox"/>																																									
IL RICHIEDENTE E' RICONOSCIUTO: ULTRA65ENNE INVALIDO per diffic. persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dellaeta (D.Lgs.509/88 e D.Lgs. 124/98) di tipo grave (pari al 100% di invalid.)																																									
PRESIDENTE		Cognome e Nome		Firma																																					
Cognome e Nome		MEDICO DI CATEGORIA F		A																																					
Cognome e Nome		MEDICO INPS		INA																																					
Cognome e Nome		MEDICO SPECIALISTA		O																																					
Cognome e Nome																																									
Cognome e Nome																																									

COPIA n.1 (per l'interessato)

REGIONE I

ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP (L. 104/92)

AZIENDA U.S.L.			Commissione COMM. MEDICO LEGALE (11HL)				
P.zza			VERBALE N. 3				
DATA VISITA	DATA DEFINIZIONE	DATA PRES. DOMANDA	N. DI PRATICA	DOC. IDENTITA'			
09/02/2011	09/02/2011	02/12/2010	2010	C.I. 05			
COGNOME E NOME		SESSO	PROFESSIONE				
		F					
LUIOGO DI NASCITA (città e provincia)			cod. prov.	data di nascita			
				11/05/1922			
RESIDENZA ANAGRAFICA (via o piazza, cap. - comune e provincia)			codice residenza				
VIA I							
STATO CIVILE		TIPO DI ACCERTAMENTO					
		ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/> domiciliare <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>					
ANAMNESI:							
AFFETTA DA DIABETE MELLITO COMPLICATO DA VASCULOPATIA PERIFERICA E RETINOPATIA, EPISODI FUNZIONALI TIPO CUPOLOLITIASI, POLIARTROSI, COLELITIASI, ATEROMASIA DEI TRONCHI SOVRAORTICI, CARDIOPATIA IPERTENSIVA, IN TERAPIA CON CARDIOASPIRINA, BLOPRESS, LANSOX, DEDRALEN, DIURESIX, BIEUGLUCON. VIVE SOLA. EX-TITOLARE AGENZIA							
ESAME OBIETTIVO E/O ACCERTAMENTO DELL'ESPERTO:							
DEAMBULAZIONE E PASSAGGI POSTURALI AUTONOMI, UTILIZZA APPOGGIO. LUCIDA, ORIENTATA, COLLABORANTE. SALTUARIA INCONTINENZA. DEFORMAZIONI ARTROSICHE DIFFUSE. LAMENTA EPISODI VERTIGINOSI E DIPLOPIA.							
ACCERTAMENTI DISPOSTI:							
DOCUMENTAZIONE ACQUISITA:							
REFERTI VISITE SPECIALISTICHE.							
DIAGNOSI			APPARATI SEDE, DI INFERMITA' E PATOLOGIA:				
DIABETE MELLITO COMPLICATO DA VASCULOPATIA PERIFERICA E RETINOPATIA, CARDIOPATIA IPERTENSIVA, EPISODI FUNZIONALI TIPO CUPOLOLITIASI, POLIARTROSI, COLELITIASI, ATEROMASIA DEI TRONCHI SOVRAORTICI			<input type="checkbox"/> Cardio-circolatorio <input type="checkbox"/> Vestibolare <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Visivo <input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/> Olfattorio <input type="checkbox"/> Nervoso centrale <input type="checkbox"/> Fisiognomico <input type="checkbox"/> Endocrino <input type="checkbox"/> Fonatorio <input type="checkbox"/> Locomotore alto inf. <input type="checkbox"/> Stomatognatico <input type="checkbox"/> Locomotore arto sup. <input type="checkbox"/> Riproduttivo <input type="checkbox"/> Locomotore rachide <input type="checkbox"/> Patologia immunitaria <input type="checkbox"/> Urinario <input type="checkbox"/> Patologia neoplastica <input type="checkbox"/> Nervoso periferico <input type="checkbox"/> Patologia cong./malform. <input type="checkbox"/> Psicico <input type="checkbox"/> Patologia sistemica <input type="checkbox"/> Uditivo				
VALUTAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE							
LA COMMISSIONE CERTIFICA CHE:							
		NON VALUTABILE	LIEVE	MEDIA	GRAVE	STABILIZZATA	PROGRESSIVA
Le minorazioni sono del tipo:	FISICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	PSICHICO e di consistenza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SENSORIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e sono causa di difficoltà di:	APPRENDIMENTO	NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>		LIEVE <input type="checkbox"/>	MEGIO <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>
	RELAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	INTEGRAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e determinano un processo di:	SVANTAGGIO SOCIALE	NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>				
	DI EMARGINAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
DISCRETA <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	MINIMA <input checked="" type="checkbox"/>	ABOLITA <input type="checkbox"/>				
SUSCETTIBILE <input type="checkbox"/>	NON SUSCETTIBILE <input checked="" type="checkbox"/>						
PRESIDENTE		Cognome e Nome		Firma			
Cognome	Nome	MEDICO DI CATEGORIA	SA				
		MEDICO INPS	NA				
SEGREARIO		MEDICO SPECIALISTA		Firma			
Cognome	Nome		TO				

REGIONE

ACCERTAMENTO DI PRIMA ISTANZA DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE DELLE CONDIZIONI VISIVE E DELLA SORDITA'

AZIENDA U.S.L.			Commissione COMM. MEDICO LEGALE (IHL) VERBALE N. 3	
DATA VISITA 09/02/2011	DATA DEFINIZIONE 09/02/2011	DATA PRES. DOMANDA 02/12/2010	N. DI PRATICA 2010	DOC. IDENTITA' C.I.A. 05
COGNOME E NOME		SESSO F	PROFESSIONE	
LUOGO DI NASCITA (comune e provincia)	PROV.	DATA DI NASCITA 11/05/1922	TIPO DI ACCERTAMENTO Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Post mortem <input type="checkbox"/>	
RESIDENZA ANAGRAFICA (Via, cap, comune e provincia)			Primo accertamento <input checked="" type="checkbox"/>	
VIA			ACCERTAMENTO SUCCESSIVO PER: revisione d'ufficio <input type="checkbox"/> aggravamento <input type="checkbox"/>	

COPIA CON VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA OMESSA per la protezione dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

IO SONO NINA
STORIA DI UNA DEMENZA
SENILE

La commissione certifica che, ai sensi delle leggi e decreti:

** GIUDIZIO ESPRESSO ALL'UNANIMITA' **

26.5.70 n.381 27.5.70 n.382 30.3.71 n.118 e suc.mod. 11.2.80 n.18 21.11.88 n.508 23.11.88 n.609 11.10.90 n.269 15.10.90 n.295 23.4.98 n.124
3.4.01 n.138 9.3.06 n.80

IL RICHIEDENTE E' RICONOSCIUTO:

ULTRA65ENNE INVALIDO per diffic. persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della eta (D.Lgs.509/88 e D.Lgs. 124/98) di tipo grave (pari al 100% di invalid.)

PRESIDENTE	Cognome e Nome	MEDICO DI CATEGORIA	F	SA	Firma
	NA	MEDICO INPS		NA	
SEGRETARIO	Cognome e Nome	MEDICO SPECIALISTA	L	IATO	Firma
	NA				

COPIA n.4 (per l'interessato, riservata ai sensi del D.lgs 196/2003)