

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	Borriello	Nome	Maria
Data di nascita	19-06-1938	Codice Fiscale	BRRMRA38H59L259P
Comune Residenza	Torre del Greco	Provincia	NA
Indirizzo	via Montedoro 54	CAP	0
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	
Data ammissione	23-02-2023	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE

Encefalopatia Vascolare Cronica

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

Frattura tibia e perone (30 anni fa circa)

Ipertensione in trattamento

Ipercolesterolemia in trattamento

ANAMNESI PROSSIMA**ANAMNESI PATOLOGICA:**

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

ANAMNESI RIABILITATIVA:

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, scarsamente collaborante. Ipotonia e ipotrofia dei 4 arti.
Necessita di assistenza per le principali autonomie.

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Torre del Greco,23-02-2023

PAZIENTE:

Cognome	Borriello	Nome	Maria
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente affetta d encefalopatia cerebrale cronica, vigile, scarsamente collaborante, non orientata nel tempo e nello spazio. Ridotto tono e trofismo muscolare, ridotta forza dei 4 arti, ridotto ROM; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,23-02-2023

PAZIENTE:

Cognome	Borriello	Nome	Maria
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per >45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	0

Torre del Greco, 23-02-2023

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Borriello Maria, 84 anni, "paziente con encefalopatia cerebrale cronica, non deambulante, con necessaria assistenza", é sottoposta a trattamento riabilitativo bisettimanale. Durante le prime fasi del colloquio, avvenuto in data 30/05/2023 la signora appare in stato soporoso; successivamente si sveglia ma appare solo parzialmente reattiva agli stimoli esterni. Maria vive con il figlio e la sua famiglia ed é assistita durante il giorno da un'operatrice assunta privatamente che provvede anche allo svolgimento delle attività domestiche. Utilizza presidi per l'incontinenza. Riferite alterazioni del ritmo sonno-veglia con risvegli precoci durante le prime ore del mattino. L'appetito appare regolare.

Torre del Greco,31-05-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	28-06-2023
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	vedova	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionata	Telefono	0818828550
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invaliderà civile	SI % NO non ricorda
Indennità di accompagnamento	SI NO non ricorda
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO non ricorda (Il colloquio è stato effettuato con la badante)

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	non ricorda	Nome	Antonio
Rapporto di parentela	figlio		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Telefono	3928860126
2)Cognome	Fattore	Nome	Marisa
Rapporto di parentela	badante		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	05		
Composto da	utente , figlio, nuora e nipoti		

**Situazione abitativa:**

L'abitazione dove la persona risiede si trova	In centro (del comune) Fuori dal centro (periferia) È isolata
L'abitazione è adeguata alle esigenze della persona?	Sì, è una casa confortevole Sì, è appena sufficiente No, è insufficiente
Se inadeguata, cosa manca?	È troppo piccola È umida Manca l'ascensore (barriere architettoniche) Ci sarebbero molti lavori da fare Mancano spazi esterni Altro (specificare)
A che titolo l'utente occupa l'abitazione?	Affitto Proprietà Comodato Altro titolo

Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti 3 figli maschi Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare) nessun servizio
Per quante ore in media alla settimana?	
La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?	Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (specificare)



Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale o di invalidità Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo sottoposta a trattamento riabilitativo bisettimanale 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

Pannoloni e sedia a rotelle ottenute con prescrizione asl. poltrona reclinabile cuscino e materasso acquistati autonomamente. Le poche informazioni sono state fornite dalla badante.

Torre del Greco, 28-06-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Quirola Alba

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 6A - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE INIZIALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con cerebropatia vascolare ,vigile ma non orientata nel tempo e nello spazio .Non collabora durante il trattamento riabilitativo ,tutto si concentra su movimenti cauti passivi ai quattro arti che sinlostrano bloccati e rigidi .la paziente mostra un emiparesi destra tipico da ictus ma non abbiamo documenti diagnostici che lo accertano .Rieducazione cervicale

TESTS SOMMINISTRATI:

vedi allegato in cartella

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

mobilizzazioni caute e passive .arti inferiori in semi flessione e tibio tarsiche bloccate in flessione plantare .

Data:

Torre del Greco,07-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
	migliorare il tono trofismo muscolare	SI	P.R.	NO
	mantenere o migliorare i rom	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

SITUAZIONE ATTUALE:

la paziente si mostra molto rigida ,l arto superiore destro si mostra intraruotato flesso e supinato ,mentre gli arti inferiori atteggiati in semi flessione con i piedi bloccato in equinismo .è possibile osservare una maggiore abduzione delle anche con manovre di stretching .

Data:	
--------------	--

Torre del Greco,07-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

stabile le condizione della paziente rispetto ai mesi precedenti .non mostra danni terziari perché durante il giorno viene spostata dal letto alla carrozzina continuamente .ma si presenta sempre molto rigida con estrema opposizione alle mobilizzazioni passive .

TESTS SOMMINISTRATI:

vedi allegati in cartella

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

mobilizzazioni caute passive ai quattro arti .

massoterapia alle gambe ed al tratto cervicale

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

Data:	
--------------	--

Torre del Greco,07-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

Descrizione	Valore
5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima	
4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima	
3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità	
2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità	
1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento	
0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento	

Torre del Greco,07-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

MOTRICITY INDEX

Arto superiore destro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore Dx: 0 /100							

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore Sx: 0 /100							

Arto inferiore destro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto inferiore Dx: 0 /100							

Arto inferiore sinistro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto inferiore Sx: 0 /100							

Torre del Greco,07-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per >45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	0

Torre del Greco,07-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SCALA TINETTI

Equilibrio	Punteggio
1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro	0 1
2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2
3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo	0 1 2
4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili	0 1 2
5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti	0 1 2
6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile	0 1
7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile	0 1 2
8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui	0 1
9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo	0 1 2
Punteggio dell'equilibrio	0/ 16



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

PUNTEGGIO TOTALE 0/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥ 19 :basso rischio di caduta ≤ 18 :elevato rischio di caduta
Torre del Greco,07-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	CVC
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.4
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	5
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Contrastare ipertono

**FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI
ATTESI:**

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	31-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con CVC, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Contrastare ipertono

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Riduzione ipertono

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, scarsamente collaborante, non orientata nel tempo e nello spazio; affetta da CVC, ridotto il ROM dei 4 arti (mano destra chiusa ad artiglio con polso destro flesso), ridotto trofismo e forza muscolare, importante ipertono spastico; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta.

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l’equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l’uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	5

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 9 - DIMISSIONI**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESSO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# CVC		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	CVC		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

N.B.: copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

Data:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

--

Torre del Greco,25-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE**

--

Torre del Greco,03-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	CVC
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b720.4
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d4500.4
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	5
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

**FASI E MODALITA' INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESITI
ATTESI:**

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	12-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con CVC; difficoltà nei passaggi posturali e nelle principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Miglioramento autonomie

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO INIZIO PROGETTO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, scarsamente collaborante, non orientata nel tempo e nello spazio; affetta da CVC, ridotto il ROM dei 4 arti (mano destra chiusa ad artiglio con polso destro flesso), ridotto trofismo e forza muscolare, importante ipertono spastico; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

BARTHEL INDEX

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	5

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	BORRIELLO	Nome	MARIA
Data di nascita	19-06-1938	Cartella Clinica n.	7117

SEZIONE 9 - DIMISSIONI**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESSO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# CVC		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	CVC		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

N.B.: copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

Data:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,12-03-2025