

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### GENERALITA' DELL'ASSISTITO

|                  |                         |                 |                  |
|------------------|-------------------------|-----------------|------------------|
| Cognome          | CIRILLO                 | Nome            | ANTONIO          |
| Data di nascita  | 31-07-1972              | Codice Fiscale  | CRLNTN72L31L259E |
| Comune Residenza | TORRE DEL GRECO         | Provincia       | NA               |
| Indirizzo        | VIA II VICO AGOSTINELLA | CAP             | 80059            |
| Prescrittore     |                         |                 |                  |
| Asl e Distretto  |                         | Telefono        | 3393592091       |
| Data ammissione  | 16-10-2024              | Data dimissione |                  |

### DIAGNOSI

CODICE POLINEUROPATIA AI 4 ARTI

EVENTUALI NOTE:

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE

### ANAMNESI FISIOLOGICA:

### ANAMNESI REMOTA:

Diabete

Varicocele

Timpanoplastica

Ricostruzione setto nasale

Ipertensione in trattamento

Scompenso cardiaco

**ANAMNESI PROSSIMA**

|  |
|--|
|  |
|--|

**ANAMNESI PATOLOGICA:**

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

**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

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

Torre del Greco,21-10-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Polineuropatia diabetica                                    |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica |
| 3. Menomazione (ICIDH)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): | 04<br>b730.3  |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>Cos. (ICF)   | III, IV, V, VI<br>d4500.3                                   |
| 5. Gravità disabilità (tabella C)                        | Scala:                       | 4   |
| 6. prognosi (tabella D)                                  | Scala:                       | 5   |

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

|                               |
|-------------------------------|
| Migliorare forza              |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare equilibrio         |

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

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza:             | 3/7               |
| Durata:                | 180               |

**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)**

|  |
|--|
|  |
|--|

|      |            |                              |  |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 21-10-2024 | Responsabile del<br>progetto |  |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,21-10-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**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 Polineuropatia diabetica; difficoltà di equilibrio e deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

|                               |
|-------------------------------|
| Migliorare forza              |
| Migliorare equilibrio         |
| Migliorare passaggi posturali |

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

|                                  |
|----------------------------------|
| Rinforzo muscolare               |
| Esercizi di equilibrio           |
| Esecuzione di passaggi posturali |

**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,21-10-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Polineuropatia, ridotta forza e trofismo muscolare; importante deficit di sensibilità periferico; deambulazione con 1 o 2 bastoni; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 21-10-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**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,21-10-2024



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**BARTHEL INDEX**

| ATTIVITA'   | Punteggio |
|---|-----------|
| Alimentazione<br>0=incapace<br>5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo<br>10=indipendente   | 0 5 10    |
| Fare il bagno<br>0=dipendente<br>5=indipendente   | 0 5       |
| Igiene personale<br>0=necessita di aiuto<br>5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)  | 0 5       |
| Vestirsi<br>0=dipendente<br>5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole<br>10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni   | 0 5 10    |
| Controllo del retto<br>0=incontinente<br>5=occasionali incidenti o necessita di aiuto<br>10=continente  | 0 5 10    |
| Controllo della vescica<br>0=incontinente<br>5=occasionali incidenti o necessità di aiuto<br>10=continente  | 0 5 10    |
| Trasferimenti nel bagno<br>0=dipendente<br>5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica<br>10=indipendente con l'uso del bagno o della padella                           | 0 5 10    |
| Trasferimenti sedia/letto<br>0=incapace, no equilibrio da seduto<br>5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi<br>10=minima assistenza e supervisione<br>15=indipendente                | 0 5 10 15 |
| Deambulazione<br>0=immobile<br>5= indipendente con la carrozzina per > 45 m<br>10=necessita di aiuto di una persona per>45m<br>15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello | 0 5 10 15 |
| Salire le scale<br>0=incapace<br>5= necessita di aiuto o supervisione<br>10=indipendente, può usare ausili  | 0 5 10    |
| Totale (0-100)  | 60        |

Torre del Greco,21-10-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 8 Aprile 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Cirillo Antonio, Signora Vitiello Giuseppina (moglie)**Luogo:** Domicilio del paziente - Il Vico Agostinella 11, Torre del Greco**Osservazioni emerse**

Cirillo Antonio, 53 anni, affetto da Polineuropatia diabetica.

Durante la visita domiciliare, il paziente si è presentato curato nell'igiene personale e nell'abbigliamento, collaborativo, attivo e in grado di rispondere positivamente agli stimoli ricevuti, ricostruendo con precisione il proprio vissuto.

Ha riferito di essere stato marittimo fino alla diagnosi, risalente a circa vent'anni fa.

I primi malesseri fisici sono comparsi solo dopo dieci anni dalla scoperta della patologia.

Il rapporto con la struttura e i terapeuti è descritto in termini molto positivi.

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dal paziente, dalla moglie e dalla suocera, affetta da insufficienza renale.

La famiglia si sostiene economicamente grazie alla pensione di invalidità percepita dal paziente e all'indennità di accompagnamento.

La rete sociale risulta estremamente limitata: tutti i parenti vivono all'estero, lasciando la gestione quotidiana interamente a carico del piccolo nucleo familiare.

Torre del Greco, 08-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Cirillo Antonio (53 anni) con diagnosi polineurite diabetica cronicizzata da circa 10 anni.

Si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale.

Orientato nel tempo e nello spazio, eloquio poco fluente.

Buono il rapporto tra livello cognitivo ed emotivo, livello motorio adeguato aiutandosi con stampella.

Non si rivela disagio psicopatologico.

Torre del Greco,08-04-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 08-04-2025 |
|-------------------|------------|

### PAZIENTE:

|                                   |                 |                     |                 |
|-----------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| Cognome                           | CIRILLO         | Nome                | ANTONIO         |
| Data di nascita                   | 31-07-1972      | Cartella Clinica n. | 7899            |
| Luogo                             | TORRE DEL GRECO |                     |                 |
| Stato civile                      | Coniugati       | Comune di residenza | TORRE DEL GRECO |
| Condizione professionale          |                 | Telefono            | 3393592091      |
| È seguito dal servizio sociale di |                 |                     |                 |

### L'utente e/o caregiver riferisce:

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| Pensione                      | SI NO (Invalidità 100%) |
| Invalidità civile             | SI % NO                 |
| Indennità di accompagnamento  | SI NO                   |
| Legge 104/92 gravità Handicap | SI NO                   |

### Persone di riferimento/caregiver principale

|                                    |   |          |            |
|------------------------------------|---|----------|------------|
| 1)Cognome                          | Vitiello  | Nome     | Giuseppina |
| Rapporto di parentela              | Moglie  |          |            |
| Comune di residenza                | Torre del greco   | Telefono | 3393592091 |
| 2)Cognome                          |   | Nome     |            |
| Rapporto di parentela              |   |          |            |
| Comune di residenza                |   | Telefono |            |
| 3)Tutela                           | Amm. di sostegno<br>Tutore<br>Inabilità<br>Interdizione |          |            |
| Cognome e nome del tutore legale   |   |          |            |
| N° componenti del nucleo familiare | 3   |          |            |
| Composto da                        | Paziente, moglie e suocera                              |          |            |

Situazione abitativa:

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

Situazione socio-familiare:

|   |   |
|---|---|
| La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?  | Parenti<br>Amici<br>Vicini<br>Persone appartenenti ad una associazione di volontariato<br>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<br>Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...)<br>Ass. domiciliare solo sanitaria<br>Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale)<br>Altro (specificare) |
| Per quante ore in media alla settimana?   |   |
| La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?   | Nessun servizio<br>Assistenza domiciliare sanitaria<br>Badante che coabita con la famiglia<br>Badante che non coabita<br>Altro (specificare)  |

## Situazione economica/assistenza e servizi

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

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco,08-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

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

**OUTCOME GLOBALE**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie |  |
|------------------------------|--|

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

|                                       |
|---------------------------------------|
| Migliorare ROM                        |
| Migliorare passaggi posturali         |
| Migliorare equilibrio e deambulazione |

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

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza:             | 3/7               |
| Durata:                | 180               |

**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)**

|  |
|--|
|  |
|--|



|      |            |                              |  |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 18-04-2025 | Responsabile del<br>progetto |  |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,18-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**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 polineuropatia diabetica; difficoltà di equilibrio e deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

|                               |
|-------------------------------|
| Migliorare ROM                |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare equilibrio         |

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

|                                  |
|----------------------------------|
| Mobilizzazione attiva e passiva  |
| Esecuzione di passaggi posturali |
| Esercizi di equilibrio           |

**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,18-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Polineuropatia diabetica; ridotta forza e trofismo muscolare; importante deficit della sensibilità periferica; deambulazione con 1 o 2 bastoni; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,18-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**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,18-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

**BARTHEL INDEX**

| ATTIVITA'  | Punteggio |
|--|-----------|
| Alimentazione<br>0=incapace<br>5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo<br>10=indipendente  | 0 5 10    |
| Fare il bagno<br>0=dipendente<br>5=indipendente  | 0 5       |
| Igiene personale<br>0=necessita di aiuto<br>5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)   | 0 5       |
| Vestirsi<br>0=dipendente<br>5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole<br>10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni  | 0 5 10    |
| Controllo del retto<br>0=incontinente<br>5=occasionali incidenti o necessita di aiuto<br>10=continente   | 0 5 10    |
| Controllo della vescica<br>0=incontinente<br>5=occasionali incidenti o necessità di aiuto<br>10=continente   | 0 5 10    |
| Trasferimenti nel bagno<br>0=dipendente<br>5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica<br>10=indipendente con l'uso del bagno o della padella                            | 0 5 10    |
| Trasferimenti sedia/letto<br>0=incapace, no equilibrio da seduto<br>5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi<br>10=minima assistenza e supervisione<br>15=indipendente                 | 0 5 10 15 |
| Deambulazione<br>0=immobile<br>5= indipendente con la carrozzina per > 45 m<br>10=necessita di aiuto di una persona per >45m<br>15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello | 0 5 10 15 |
| Salire le scale<br>0=incapace<br>5= necessita di aiuto o supervisione<br>10=indipendente, può usare ausili   | 0 5 10    |
| Totale (0-100)   | 60        |

Torre del Greco,18-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |         |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome         | CIRILLO    | Nome                | ANTONIO |
| Data di nascita | 31-07-1972 | Cartella Clinica n. | 7899    |

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

|                            |                                |   |                      |
|----------------------------|--------------------------------|---|----------------------|
| SCADENZA AMMINISTRATIVA    | RAGGIUNTI OBIETTIVI            | RIFIUTO UTENTE A<br>CONTINUARE IL TRATTAMENTO | DECESSO DEL PAZIENTE |
| ALTRO                      | (specificare)                  |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>INGRESSO:   | CA08# Polineuropatia diabetica |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Polineuropatia diabetica       |   |                      |

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

| Osservazione finale di dimissione:   |           |                           |               |
|--|-----------|---------------------------|---------------|
| OBIETTIVI:   | RAGGIUNTO | PARZIALMENTE<br>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<br>Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (geni<br>tore/tutore se<br>minore) |  |                        |  |

Torre del Greco,18-04-2025