

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

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

Erbusto Vincenza, 80 anni, paziente affetta da "sindrome parkinsoniana, vasculopatia cerebrale cronica, tremore a riposo, rigidità articolare, deficit dei passaggi posturali", é sottoposta a trattamento riabilitativo bisettimanale. Vive con sua figlia che le fornisce supporto nello svolgimento di attività di vita quotidiana. Riferito l'utilizzo di catetere vescicale e pannolone. La signora non riesce a spostarsi autonomamente all'interno della propria abitazione e trascorre gran parte del proprio tempo a letto o seduta. L'appetito appare normale; alimentazione quasi esclusivamente semi-solida per disfagia. Regolare il ritmo sonno-veglia. Riferita deflessione del tono dell'umore.

Torre del Greco,14-02-2023

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

|                                   |            |                     |                 |
|-----------------------------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome                           | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA        |
| Data di nascita                   | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634            |
| Luogo                             |            | SORRENTO            |                 |
| Stato civile                      | Vedova     | Comune di residenza | TORRE DEL GRECO |
| Condizione professionale          | Pensionata | Telefono            | 3341585816      |
| È seguito dal servizio sociale di |            |                     |                 |

**SCHEDA SOCIALE**

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 14-02-2023 |
|-------------------|------------|

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

|                               |    |         |
|-------------------------------|----|---------|
| Pensione                      | SI | NO      |
| Invaliderà civile             | SI | 100% NO |
| Indennità di accompagnamento  | SI | NO      |
| Legge 104/92 gravità Handicap | SI | NO      |
| Art.3 comma 3                 |    |         |

**Persone di riferimento/caregiver principale**

|                                    |   |                                   |            |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|------------|
| 1)Cognome                          | Bisconti  | Nome                              | Maria      |
| Rapporto di parentela              |   | figlia                            |            |
| Comune di residenza                | Torre del Greco   | Telefono                          | 3383119768 |
| 2)Cognome                          | Bisconti  | Nome                              | Anna       |
| Rapporto di parentela              |   | figlia                            |            |
| Comune di residenza                | Torre del Greco   | Telefono                          |            |
| 3)Tutela                           | Amm. di sostegno<br>Tutore<br>Inabilità<br>Interdizione |                                   |            |
| Cognome e nome del tutore legale   |   |                                   |            |
| N° componenti del nucleo familiare |   | 5                                 |            |
| Composto da                        |   | utente, figlia, genero e 2 nipoti |            |

## 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? | Sì, è una casa confortevole<br>Sì, è appena sufficiente<br>No, è insufficiente   |
| Se inadeguata, cosa manca?                           | È troppo piccola<br>È umida<br>Manca l'ascensore (barriere architettoniche, 2piano)<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? | 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?   | 6  |
| La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?   | Assistenza domiciliare sanitaria<br>Badante che coabita con la famiglia<br>Badante che non coabita<br>Badante all'occorrenza   |

## 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 sociale<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

Il colloquio avviene totalmente con la figlia della signora Vincenza, la quale riferisce che la madre trascorre la maggior parte del suo tempo a letto oppure sulla sedia a rotelle, ausilio fornito dall'Asl. Rete familiare presente. Orientamento circa la richiesta dei permessi per l'assistenza e contrassegno di parcheggio per disabili. La signora riferisce di essere soddisfatta del servizio erogato dal Centro (trattamento riabilitativo bisettimanale).

Torre del Greco, 14-02-2023



**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | M. di Parkinson  |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica 03 |
| 3. Menomazione (ICIDH)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): | 03<br>b.720.3  |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>Cos. (ICF)   | III, IV, V, VI<br>d450.0.3                                     |
| 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 ROM                |
| Migliorare forza              |
| Migliorare passaggi posturali |

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

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza:             | 2/7               |
| Durata:                | 180               |

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

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

|      |            |                              |  |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 28-02-2024 | Responsabile del<br>progetto |  |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,28-02-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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 affetta da M. di Parkinson; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Esecuzione di passaggi posturali

**OPERATORI:**

TDR



**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

|      |  |   |  |  |  |
|------|--|---|--|--|--|
| Data |  | Responsabile del<br>progetto<br>riabilitativo |  | Responsabile del<br>programma<br>riabilitativo |  |
|------|--|---|--|--|--|

Torre del Greco,28-02-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da M.di Parkinson, tremori a riposo arto superiore destro; ridotto il ROM dei 4 arti, importante ipostenia dei 4 arti (AAll>AASS); ridotto il trofismo muscolare; non deambulante, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie. descritte difficoltà nella deglutizione ai solidi.

Torre del Greco,28-02-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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)   | 15        |

Torre del Greco, 28-02-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | M. di Parkinson   |
| 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): | 03<br>b720.3  |
| 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 ROM                |
| Migliorare forza              |
| Migliorare passaggi posturali |

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

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza:             | 2/7               |
| Durata:                | 180               |

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

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

|      |            |                              |  |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 05-08-2024 | Responsabile del<br>progetto |  |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,05-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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 affetto da Parkinson; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Esecuzione di passaggi posturali

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

|      |  |   |  |  |  |
|------|--|---|--|--|--|
| Data |  | Responsabile del<br>progetto<br>riabilitativo |  | Responsabile del<br>programma<br>riabilitativo |  |
|------|--|---|--|--|--|

Torre del Greco,05-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e lo spazio; affetto Parkinson, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 05-08-2024



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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, 05-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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)   | 20        |

Torre del Greco, 05-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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# Parkinson     |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Parkinson           |   |                      |

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

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

**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,05-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

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

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

- 1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa.

Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

- 2) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza.

Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in qui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento.

Torre del Greco,17-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Parkinson   |
| 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): | 03<br>b720.3  |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>Cos. (ICF)   | III, IV, V, VI<br>d2100.3                                   |
| 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 ROM                |
| Migliorare forza              |
| Migliorare passaggi posturali |

**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 | 19-03-2025 | Responsabile del<br>progetto |  |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,19-03-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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 Parkinson; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Esecuzione di passaggi postrurali

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

|      |  |   |  |  |  |
|------|--|---|--|--|--|
| Data |  | Responsabile del<br>progetto<br>riabilitativo |  | Responsabile del<br>programma<br>riabilitativo |  |
|------|--|---|--|--|--|

Torre del Greco,19-03-2025



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e lo spazio; affetto Parkinson, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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,19-03-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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)   | 20        |

Torre del Greco, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | ERBUSTO    | Nome                | VINCENZA |
| Data di nascita | 18-12-1942 | Cartella Clinica n. | 7634     |

**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# Parkinson     |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Parkinson           |   |                      |

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

| <b>Osservazione finale di dimissione:</b>  |           |                           |               |
|--|-----------|---------------------------|---------------|
| <b>OBIETTIVI:</b>  | 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,19-03-2025