

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente allettata si presenta con grave deficit di forza e/o di movimento non è autonomo nello svolgimento dell'attività quotidiana e mostra una rigidità agli arti superiori e inferiore durante la mobilizzazione e ha anche allucinazione visive fluttuanti e difficoltà nell'esecuzione dei passaggi posturali e deficit nel equilibrio.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo e la rigidità degli arti superiori e inferiori e aumentare la forza fisica e la stazione eretta del tronco.

<b>Data:</b>	10 10 2022
--------------	------------

Torre del Greco, 10-10-2022

**TERAPISTA**

Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente allettata si presenta con grave deficit di forza e /o di movimento non è autonomo nello svolgimento dell'attività quotidiana e mostra una rigidità agli arti superiori e inferiore durante la mobilizzazione e ha anche allucinazione visive fluttuanti e difficoltà nel esecuzione dei passaggi posturali è deficit nel equilibrio.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo e la rigidità degli arti superiori e inferiori e aumentare la forza fisica e la stazione eretta del tronco.

<b>Data:</b>	10 10 2022
--------------	------------

Torre del Greco,10-10-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente allettata si presenta con grave deficit di forza e/o di movimento non è autonomo nello svolgimento dell'attività quotidiana e mostra una rigidità agli arti superiori e inferiore durante la mobilizzazione e ha anche allucinazione visive fluttuanti e difficoltà nel esecuzione dei passaggi posturali è deficit nel equilibrio.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo e la rigidità degli arti superiori e inferiori e aumentare la forza fisica e la stazione eretta del tronco.

<b>Data:</b>	10 10 2022
--------------	------------

Torre del Greco,10-10-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	Deambulazione	SI	P.R.	NO
2	Passaggi posturali	SI	P.R.	NO
3	Coordinazione	SI	P.R.	NO
4	Equilibrio	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:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo la rigidità degli arti superiori e inferiore
---

<b>Data:</b>	10 12 2022
--------------	------------

Torre del Greco, 04-01-2023

**TERAPISTA**Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	Deambulazione	SI	P.R.	NO
2	Passaggi posturali	SI	P.R.	NO
3	Equilibrio	SI	P.R.	NO
4	Rigidità degli arti superiori e inferiore	SI	P.R.	NO
5	Coordinazione	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Migliorare la capacità motoria e la rigidità e la flessibilità degli arti superiori e inferiore e la stazione errata.

<b>Data:</b>	10 02 2023
--------------	------------

Torre del Greco, 07-03-2023

**TERAPISTA**

Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente è allettata si presenta con grave deficit di forza e /o di movimento mostra una rigidità agli superiori e inferiore e presenta anche allucinazione visive fluttuante e difficoltà nel esecuzione dei passaggi posturali e deficit nell equilibrio.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo e la rigidità degli arti superiori e inferiore e aumentare la forza fisica e la stazione eretta del tronco.

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

<b>Data:</b>	4 / 4 /2023
--------------	-------------

Torre del Greco,04-04-2023

**TERAPISTA**  
Dott.  
SIMONETTI GELARDO

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	11-04-2023
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionata	Telefono	0818493361/3398264334
È seguito dal servizio sociale di		no	

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

Pensione	SI NO
Invalità civile	SI 100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO art.3 comma3

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Brancaccio	Nome	Susy
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3398264334
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare		02	
Composto da		utente,marito	

### 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 2 figli 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)
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) assegno di cura 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 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

La paziente fa uso di ausili riabilitativi : sollevatore , letto ortopedico , sedia a rotelle , materasso antidecubito , pannoloni.

Torre del Greco,11-04-2023



**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Quirola Alba

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

Pontillo Anna, 60 anni, paziente con "tetraparesi spastica ingravescente, sindrome da allettamento, demenza fronto-temporale, deficit del controllo del tronco". È sottoposta a trattamento fisioterapico bisettimanale. Al momento del colloquio, la signora mostra eloquio fluente e appare socievole. Tuttavia, appare disorientata nel tempo e nella persona (non riesce a ricordare la data di oggi né quella del proprio compleanno) mentre mostra un discreto orientamento spaziale. La signora vive con suo marito e la badante, che la aiutano nello svolgimento delle attività di vita quotidiana personali e strumentali e al contempo può contare sul supporto fornito dalla figlia. Anna riesce a spostarsi all'interno della propria abitazione grazie all'ausilio di una sedia a rotelle e al supporto fornito dai familiari. L'umore appare significativamente deflesso. L'appetito appare regolare; la signora mostra una forte predilezione per cibi dolci. Non sono riferite alterazioni del ritmo sonno-veglia se non in relazione a cambi stagionali durante cui non riesce ad addormentarsi.

Torre del Greco, 12-04-2023

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente è allettata si presenta con grave deficit di forza e/o di movimento mostra una rigidità agli arti inferiori e superiori e presenta anche allucinazione visive fluttuante e difficoltà nel esecuzione dei passaggi posturali e deficit del equilibrio.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo e la rigidità degli arti superiori e inferiore e esecuzione dei passaggi posturali e aumentare la forza fisica e il raggiungimento del controllo del tronco.

<b>Data:</b>	11/4/2023
--------------	-----------

Torre del Greco,19-04-2023

**TERAPISTA**

Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente è allettata si presenta con grave deficit di forza e/o di movimento mostra una rigidità agli arti superiori e inferiore e presenta anche allucinazione visive fluttuante e difficoltà nel esecuzione dei passaggi posturali e deficit nel equilibrio.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo e la rigidità degli arti superiori e inferiore e aumentare la forza fisica e la stazione eretta del tronco.

<b>Data:</b>	11 4 2023
--------------	-----------

Torre del Greco,28-06-2023

**TERAPISTA**  
Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	Deambulazione	SI	P.R.	NO
2	Rigidità del tronco	SI	P.R.	NO
3	Rigidità degli arti superiori e inferiore	SI	P.R.	NO
4	Equilibrio	SI	P.R.	NO
5	Passaggi posturali	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Migliorare la rigidità degli arti superiori e inferiore e esecuzione dei passaggi posturali e la rigidità del tronco

**Data:** 12 6 2023

Torre del Greco, 28-06-2023

**TERAPISTA**

Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente è allettata si presenta con grave deficit di forza e di movimento e rigidità agli arti inferiori e superiori, difficoltà nei passaggi posturali e lamenta dolore durante la mobilizzazione degli arti superiori e inferiori

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la rigidità degli arti superiori e inferiori e aumentare la forza fisica

<b>Data:</b>	7 /10 /2023
--------------	-------------

Torre del Greco,07-10-2023

**TERAPISTA**  
Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	Deambulazione	SI	P.R.	NO
2	Equilibrio	SI	P.R.	NO
3	Rigidità degli arti superiori e inferiori	SI	P.R.	NO
4	Postura	SI	P.R.	NO
5	Flessibilità del corpo	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Migliorare la rigidità degli arti superiori e inferiori e la flessibilità del corpo
---

<b>Data:</b>	5/06 /2023
--------------	------------

Torre del Greco,07-10-2023

**TERAPISTA**  
Dott.  
SIMONETTI GELARDO



**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	Deambulazione	SI	P.R.	NO
2	Rigidità arti inferiori e superiori	SI	P.R.	NO
3	Equilibrio	SI	P.R.	NO
4		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:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo
--

<b>Data:</b>	4 /08 /2023
--------------	-------------

Torre del Greco,07-10-2023

**TERAPISTA**  
Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente è allettata con grave difficoltà di forza e di movimento mostra rigidità agli arti inferiori e superiori  
Difficoltà nei passaggi posturali e lamenta dolore agli inferiori.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la rigidità degli arti superiori e inferiori e aumentare la forza muscolare degli arti

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

<b>Data:</b>	5 ./10/2023
--------------	-------------

Torre del Greco,07-10-2023

**TERAPISTA**  
Dott.  
SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi spastica demenza fronto-temporale
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 d450.3.3
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:	180

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

--

Data	05-08-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,05-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

**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 tetraparesi spastica da Demenza FT; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le 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,05-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, scarsamente orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Tetraparesi Spastica e demenza fronto-temporale; ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare, non deambulante, in O2 terapia h24; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,05-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

**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	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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,05-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

**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# Tetraparesi Spastica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Tetraparesi Spastica		

**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 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,05-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

La paziente è allettata mostra grave deficit di forza e/o di movimento una rigidata agli arti superiori e inferiori e presenta anche allucinazioni visive fluttuante e difficoltà nel esecuzione dei passaggi posturali e deficit nel equilibrio

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegato in cartella clinica

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la capacità motoria e la flessibilità del corpo e la rigidità degli arti superiori e inferiori e aumentare la forza fisica e la stazione eretta del tronco.

<b>Data:</b>	2 /08 /2024
--------------	-------------

Torre del Greco,31-08-2024

**TERAPISTA**

Dott.

SIMONETTI GELARDO

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi spastica in demenza fronto-temporale
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 d450.3.3
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:	180

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

--

Data	17-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,17-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

**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 tetraparesi da demenza fronto-temporale; 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,17-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, scarsamente orientata nel tempo e nello spazio; tetraparesi da esiti di demenza fronto-temporale; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare (AAII>AASS), allettata, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,17-02-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

**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, 17-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

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,17-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PONTILLO	Nome	ANNA
Data di nascita	19-02-1962	Cartella Clinica n.	7074

**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# Tetraparesi spastica da Demenza fronto-temporale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Tetraparesi spastica da Demenza fronto-temporale		

**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 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,17-02-2025