

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	15-06-2023
--------------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975 (48 anni)	Cartella Clinica n.	7742
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	sposata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	casalinga	Telefono	3511797819
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI	NO	Visita il 29 maggio 2023
Invalidità civile	SI	60 %	NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO	
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO	Visita il 29 maggio 2023

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Gaglione	Nome	Ciro
Rapporto di parentela	marito		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3791203058
2)Cognome			
Rapporto di parentela			
Comune di residenza			
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	04		
Composto da	utente, marito e 2 figli (Rosario Gaglione - Centro Diurno)		

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?	Si, è una casa confortevole Si, 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 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) 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 terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

Utile monitoraggio
 Torre del Greco, 15-06-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
 Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi da esiti di Ictus
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):	01 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	4/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	11-06-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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 emiparesi sinistra da esiti di ictus; difficoltà di equilibrio, deambulazione e passaggi posturali

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Training del passo

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, 11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; emiparesi sinistra da esiti di ictus, ridotto il ROM, il trofismo e la forza muscolare; facile stancabilità e difficoltà di equilibrio; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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, 11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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)	70

Torre del Greco, 11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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# Emiparesi sinistra da ictus		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi sinistra da Ictus		

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 (genitore/tutore se minore)			

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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

La signora Anna, 49 anni, è sottoposta a trattamento riabilitativo 4 volte a settimana, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapista che pratica il trattamento.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 25 giugno 2024, la signora appare orientata nel tempo e nello spazio, anche se con delle difficoltà.

La signora vive con il figlio Rosario (utente del Centro Diurno) ed il marito che l'assiste nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Inoltre la signora ha una figlia sposata ed un altro figlio marittimo.

Percepisce pensione di invalidità. Riconosciuta una Invalidità civile al 75%, ricorso in atto.

Legge 104/92 art 3 comma 1, ricorso in atto.

Isee oltre 10.000.

Il marito presente al colloquio, riferisce di aver provveduto per la nomina di AdS (pratica in corso), e riferisce che svolge lavori occasionali in quanto deve provvedere alla cura e assistenza della moglie.

La signora riferisce di voler fare richiesta di bastone tripode in quanto ha difficoltà nella deambulazione.

Alimentazione e ritmo sonno-veglia regolari.

Utile monitoraggio

Torre del Greco, 27-06-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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

Paziente con problema nella deambulazione ed equilibrio

Discreto tono muscolare

Fibromialgia

TESTS SOMMINISTRATI:

Guarda allegati

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Esercizi posturali x il contenimento posture viziate

Esercizi x l'equilibrio mirati ad un migliore controllo del tronco

Rieducazione motoria attività e passiva x il recupero del tono muscolare ed escursione articolare

Data: 08/06/24

Torre del Greco, 11-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi sinistra da Ictus cerebrale
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):	01 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.2
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 equilibrio e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	4/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

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

Torre del Greco, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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 esiti di ictus; difficoltà di equilibrio e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esercizi di equilibrio
Training del passo

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, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; esiti di ictus cerebrale con emiparesi sinistra; ridotto ROM, ridotto trofismo e forza muscolare; facile stancabilità e difficoltà di equilibrio; necessità di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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 cui 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, 10-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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)	70

Torre del Greco, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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# Emiparesi sinistra da Ictus		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi sinistra da Ictus		

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 (genitore/tutore se minore)			

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

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

Data: 11 Marzo 2025

Partecipanti al colloquio: Signora Oliviero Anna, Signor Gaglione Ciro

Intervento riabilitativo in corso: Rieducazione neuro-motoria (4 volte a settimana)

Diagnosi: Emiparesi sinistra da Ictus cerebrale

Luogo della visita: Abitazione della signora Oliviero Anna, sita in Via Nazionale 53

Osservazioni emerse

La Signora Oliviero, 48 anni, si presenta trascurata nell'aspetto e nell'igiene personale.

L'abitazione appare poco curata nell'igiene e nell'ordine, con odori sgradevoli, e gli spazi risultano insufficienti per garantire la corretta esecuzione delle terapie riabilitative.

Dal punto di vista cognitivo e comunicativo, la signora appare poco vigile e attenta, fatica a rispondere chiaramente alle domande, strutturando frasi incomplete e necessitando di frequenti pause per riuscire a esprimersi. Dimostra difficoltà nel ricostruire gli eventi della propria vita e scarsa capacità di orientamento nello spazio e nel tempo.

Sul piano motorio, la signora manifesta significative difficoltà nella deambulazione, che limitano fortemente la sua autonomia e la capacità di uscire di casa o di occuparsi della gestione dell'abitazione e dei figli.

Questa condizione sembra aggravata da un evidente stato di umore depresso, con frequenti espressioni di sconforto e senso di impotenza .

Sul piano sociale e assistenziale, il Signor Gaglione riferisce di occuparsi interamente della gestione familiare, con un supporto saltuario da parte della figlia, che aiuta solo qualche volta a settimana.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dalla Signora Oliviero, dal marito e da due figli, tra cui Rosario, che è paziente del Centro Diurno.

Data la situazione osservata, si consiglia monitoraggio per valutare eventuali interventi di supporto assistenziale e psicologico, sia per la signora che per il nucleo familiare.

Torre del Greco, 12-03-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	ANNA
Data di nascita	11-04-1975	Cartella Clinica n.	7742

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Anna (48 anni) vive con il marito Ciro, presente al colloquio, e altri due figli maschi (di cui Rosario utente del centro diurno di Dimensione Azzurra).

Anna racconta di sentirsi "stupida", in quanto la patologia ha gradualmente impedito di compiere compiti e attività quotidiane prima per lei facili.

La signora si presenta trascurata nell'aspetto e nell'igiene, tale condizione di trascuratezza è presente anche in relazione all'ambiente domestico.

Anna riferisce perdita di appetito e difficoltà nel sonno.

Tale condizione fisica (da circa 4 anni) genera sofferenza psicologica con sintomatologia afferenti all'aria della depressione.

Si consiglia supporto psicologico.

Torre del Greco, 13-03-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE