

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Orientata nel tempo e nello spazio, la paziente presenta problematiche deambulatorie e di equilibrio che le impediscono la vita sociale. Madre di un figlio adulto, al secondo matrimonio supportata costantemente dal marito attualmente in pensione.

Annunziata presenta uno stato psico/comportamentale caratterizzato da rabbia passiva che manifesta nella comunicazione non verbale, inoltre si rende evidente anche uno stato psicologico di rassegnazione seppur non elaborata.

Umore depresso.

Torre del Greco,20-03-2024

TERAPISTA
dott.ssa
ESPOSITO FABIOLA

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	19-03-2024
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionata	Telefono	0818815036
È seguito dal servizio sociale di	no		

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	Cozzolino	Nome	Raffaele
Rapporto di parentela	marito		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3474467587
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Nessuna tutela legale		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	utente e 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?	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: 1 figlio 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) Collaboratrice domestica

Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro (marito) Pensione sociale 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 assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare) FKT privatamente
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 Contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Bonus sociali utenze: Tari Disability card Altro (specificare) Iva 4%
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) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con l'utente ed il marito.

Sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale.

Ausili/presidi utilizzati: stampelle, deambulatore e sedia a rotelle forniti dal Distretto di residenza.

Torre del Greco, 03-04-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Atassia cerebellare
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 b770.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI 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:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	18-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,18-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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 Atassia cerebellare; 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 progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,18-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Atassia cerebellare; ridotto il ROM, il trofismo e la forza muscolare (emilato sn>dx); deambulazione con girello e assistenza; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; descritte difficoltà di deglutizione a solidi e liquidi.

Torre del Greco,18-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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, 18-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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)	55

Torre del Greco, 18-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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# Atassia Cerebellare		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Atassia Cerebellare		

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

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

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

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

Torre del Greco,18-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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

Data visita: 25/02/2025

Luogo: Via Cefalonia 13, Torre del Greco

In data odierna, è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione della Signora Palomba Annunziata. L'abitazione è ben curata, ordinata e dotata di spazi ampi, che contribuiscono a creare un ambiente confortevole. La Signora Palomba appare ben curata nell'igiene personale e si dimostra lucida, rispondendo in modo adeguato alle domande poste.

La paziente riferisce di aver subito, alla nascita, un danno alla parte sinistra del corpo a causa di una manovra errata durante il parto. Successivamente, nel 2022, ha affrontato un intervento chirurgico per l'asportazione di un tumore benigno al cervello, il quale ha provocato un significativo peggioramento della sua deambulazione. Attualmente, la Signora Palomba è in grado di effettuare solo limitati movimenti grazie all'ausilio della sedia a rotelle.

La Signora ha dichiarato di uscire raramente, principalmente a causa del disagio psicologico legato all'utilizzo della sedia a rotelle. Tuttavia, la sua condizione mentale risulta più favorevole grazie alla presenza della nipotina, della quale si occupa alcune volte a settimana.

La paziente vive con il marito, il quale si occupa totalmente della cura della moglie e della gestione della casa. Nonostante la possibilità di usufruire di un aiuto esterno, la Signora Palomba ha rifiutato tale supporto, preferendo che sia il marito a occuparsi esclusivamente di tutte le sue necessità quotidiane. Ciò limita la possibilità del coniuge di svolgere altre attività al di fuori dell'ambito domestico.

Torre del Greco, 25-02-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

A seguito di un'operazione alla testa (per tumore benigno) non riesce nella deambulazione. A Ottobre 2022.

Vive con il marito pensionato, il quali si occupa della completa gestione domestica.

La paziente si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene.

Orientata nel tempo e nello spazio, eloquio fluente, buona narrazione.

Tono dell'umore leggermente deflesso, ma con buon rapporto tra livello cognitivo ed emotivo.

Si presenta sintomatologia ansiosa rispetto alla solitudine e al restare sola in casa. Tale sintomatologia costringe anche il marito a restare in casa.

Non si rileva specifico disagio psicopatologico.

Torre del Greco,25-02-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	26-02-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	0818815036
È seguito dal servizio sociale di			

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invalità civile	SI % NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Cozzolino	Nome	Raffaele
marito	Rapporto di parentela		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3474467587
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	2		
Composto da	Signora Palomba e 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 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 Carico di cura esclusivamente sul marito
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

Torre del Greco, 26-02-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Atassia cerebellare
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d2100.1
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 forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare deambulazione

**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	28-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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 Atassia cerebellare; difficoltà nei movimenti fini, nei passaggi posturali e nelle autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare coordinazione motoria
Migliorare equilibrio

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esercizi propriocettivi
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,28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; esiti di Atassia cerebellare, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; ridotta sensibilità AASS e difficoltà nei movimenti fini e nella coordinazione motoria; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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)	55

Torre del Greco, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	PALOMBA	Nome	ANNUNZIATA
Data di nascita	11-08-1967	Cartella Clinica n.	7834

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# Atassia Cerebellare		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Atassia Cerebellare		

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

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

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

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

Torre del Greco,28-02-2025