

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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

Si effettua in data odierna l'incontro con la paziente che appare disponibile e collaborante nel riferire della sua patologia (Artrite Reumatoide) su base immunitaria . Seguita dal Policlinico è sottoposta a terapia biologica , a cui sembra rispondere discretamente. La paziente è autonoma e con una vita sociale appagante . Attento il nucleo familiare con la presenza di un figlio e la compagna . prosegue il percorso abilitativo come da prescrizione ASL.

Torre del Greco,12-10-2023

ASSISTENTE SOCIALEDott.ssa
Quirola Alba

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data odierna si effettua la valutazione psicologica del caso clinico in esame.

Paziente vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio, disponibile ad effettuare il colloquio.

Tono dell'umore normo orientato.

Adeguatamente sostenuta nel contesto familiare, supportata dal marito e dal figlio.

Racconta dei propri vissuti di vita quotidiana in maniera serena e tranquilla; conduce le sua quotidianità aderente alle sue condizioni e bisogni.

Buona la compliance al trattamento.

Si effettua colloqui di sostegno psicologico

Torre del Greco, 25-10-2023

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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

Si ripete in data odierna l'incontro con la paziente che , se pur collaborante , manifesta un malore per il quale sta effettuando indagini diagnostiche.

Discretamente autonoma comunica un quadro clinico invariato rispetto al precedente incontro .

Il contesto familiare è accogliente ma allargato con la presenza del figlio , della nuora e di un nipotino di 15 mesi , la paziente ,sebbene felice della loro presenza , lamenta stanchezza per l' accudimento dell' intero nucleo .

Ad oggi percepisce una indennità di invalidità .

Torre del Greco,09-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Quirola Alba

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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

--

Torre del Greco,09-11-2023

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	09-11-2023
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	

Insegnante di sostegno:	SI	NO
È avvenuta la presa in carico dei servizi sociali?	SI	NO

Riferisce di essere titolare di:

Assegno di cura	SI	NO
Indennità di frequenza	SI	% NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma		
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza		
Trattamento riabilitativo:	Privato	Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI	% NO
Se sì, indicare quali?		

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	3388401043
Condizione professionale			
2)Cognome		Nome	
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare			
Composto da			
I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo?	SI	NO	

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, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di:	Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune) Servizi a pagamento (es. babysitter) Riabilitazione privata Nulla Altro (specificare)
Rete sociale della famiglia:	Rete sociale soddisfacente Rete sociale sufficiente Rete sociale insoddisfacente Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie Non ha possibilità di una rete sociale
Partecipa ad attività ricreative, sportive, culturali e del tempo libero?	SI NO
Elencare quali?	
Partecipa ad attività associative?	SI NO
Elencare quali?	
Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione?	Non è bersaglio Lo è molto saltuariamente Lo è frequentemente Lo è molto frequentemente anche con bullismo

Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione Rendita Pensione di reversibilità 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 Prestazioni riabilitative private Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito?	Assegno di cura Indennità di comunicazione Indennità di frequenza 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 Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo 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 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

Torre del Greco,09-11-2023

SEZIONE 1B- ANAGRAFICA - ANAMNESTICA- AGGIORNAMENTO

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Codice Fiscale	LNGLCU55B65L259R
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA NAZIONALE 16	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	0818495335
Data ammissione	18-02-2020	Data dimissione	

DIAGNOSI CA08#

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

Al controllo odierno, la paziente descrive un peggioramento clinico in seguito a inizio trattamento con farmaco biologico (luglio 2023)	
Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Torre del Greco,15-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
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):	07 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Rinforzo Muscolare
Miglioramento del ROM
Miglioramento passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	15-01-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,15-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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 Artrite Reumatoide; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione, ridotta tolleranza allo sforzo.

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare tolleranza allo sforzo 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,15-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Artrite Reumatoide; ridotto il ROM articolare (in particolar modo spalla destra), ridotto il trofismo muscolare e la forza; ridotta tolleranza allo sforzo, anche dopo brevi tragitti; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e la deambulazione; descritte difficoltà nella deglutizione di cibi solidi.

Torre del Greco, 15-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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,15-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

MOTRICITY INDEX

Arto superiore destro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore Dx: 45 /100							

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore Sx: 84 /100							

Arto inferiore destro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto inferiore Dx: 99 /100							

Arto inferiore sinistro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto inferiore Sx: 99 /100							

Torre del Greco,15-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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)	80

Torre del Greco,15-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e srtutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	07 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	d450.2.2 III, IV, V, VI
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
Frequenza:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	08-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,08-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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 Artrite Reumatoide; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie

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,08-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Artrite Reumatoide, ridotto il ROM dei 4 arti (spalla destra maggiormente), ridotto trofismo e forza muscolare (AASS>AAII), difficoltà di prensione e nei movimenti fini; contratture muscolare paravertebrali; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,08-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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, 08-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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)	80

Torre del Greco,08-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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# Artrite Reumatoide		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Artrite Reumatoide		

**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,08-07-2024

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	25-07-2024
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955 (70 anni)	Cartella Clinica n.	7272
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	ex rappresentante di pentole	Telefono	0818495335
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invaliderà civile	SI 75% NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO
Art. 3 comma 1	

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	De Luca	Nome	Ciro
Rapporto di parentela	marito		
Comune di residenza	Tore del Greco	Telefono	3388401043
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Assente		
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?	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 M, nuora 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 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 Contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare) Orientamento circa la possibilità di richiedere indennità di comunicazione
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 Sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale

Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con la signora Lucia, orientata nel tempo e nello spazio.

Torre del Greco,25-07-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data 23 Gennaio 2025 è stata svolta la visita di monitoraggio della signora Langella Lucia, di età 55 anni, affetta da

ARTRITE REUMATOIDE.

La signora risulta Orientata nel tempo, svolge fisioterapia 3 volte a settimana da 4 anni

Assume farmaci quali: plaquenil, crotisone, cura biologica, che a detta della paziente le ha portato delle controindicazioni, anche se non confermati dal medico.

Il Mese prossimo si opera di cataratta.

La maggior parte del tempo la trascorre a casa, leggendo e qualche volta esce con le amiche.

L'Alimentazione risulta regolare, con il sonno invece presenti sono i risvegli notturni, riesce a dormire 2- 3 ore a notte. Presente resilienza, nonostante la malattia sia persistente, con visibile gonfiore alle mani e alle gambe.

Torre del Greco, 23-01-2025

CASE MANAGER

dott.ssa

BIBIANI ERICA

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e srtutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	06 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2.2
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 passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	27-01-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,27-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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 Artrite reumatoide; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie

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,27-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Artrite Reumatoide, ridotto il ROM articolare (spalla destra in particolar modo), ridotto trofismo e forza muscolare (AASS>AAII), difficoltà di prensione e nei movimenti fini; descritte contratture muscolare paravertebrali; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,27-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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, 27-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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)	80

Torre del Greco,27-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	LANGELLA	Nome	LUCIA
Data di nascita	25-02-1955	Cartella Clinica n.	7272

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# Artrite Reumatoide		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Artrite Reumatoide		

**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,27-01-2025