

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

La signora Di Luca, 52 anni, paziente affetta da artrite reumatoide, è sottoposta a trattamento riabilitativo bisettimanale da circa 3 anni per "difficoltà di deambulazione. Arto superiore destro atteggiato in flessione di gomito e flessione di polso". Al momento del colloquio, appare orientata nello spazio e nella persona ma ha difficoltà a ricordare la data odierna. La signora riferisce difficoltà di memoria (perde facilmente il filo del discorso, necessita di promemoria per ricordare gli appuntamenti).

Circa un anno fa la signora ha contratto COVID-19 motivo per cui ha praticato ossigenoterapia che ad oggi ha interrotto. Attualmente assume cortisone tramite spray inalatorio. La signora vive con suo marito e suo figlio. Necessita di aiuto per lo svolgimento delle faccende di casa e talvolta per andare in bagno durante le ore notturne; riesce a svolgere autonomamente attività di vita quotidiana quali vestirsi e lavarsi da sola. Trascorre gran parte del proprio tempo a letto, non esce quasi mai se non per sottoporsi ad esami e visite. La signora infatti riferisce di non sentirsi al sicuro fuori dalla propria abitazione. Non sono presenti alterazioni dell'appetito mentre sono riferite disturbi del sonno con frequenti risvegli notturni. Per quel che concerne l'umore, la signora lamenta la presenza di un continuo stato di agitazione riconducibili a conflitti familiari.

Torre del Greco, 24-01-2023

**CASE MANAGER**  
Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070
Luogo	NAPOLI		
Stato civile	SPOSATA	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	PENSIONATA	Telefono	3487296768
È seguito dal servizio sociale di	NO		

**SCHEDA SOCIALE**

DATA 1° COLLOQUIO	24-01-2023
-------------------	------------

**È titolare di:**

Pensione	SI	NO
Invalidità civile	SI	100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	DI CRISTO	Nome	ANIELLO
Rapporto di parentela	MARITO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Telefono	3487296768
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	3		
Composto da	UTENTE - MARITO E FIGLIO		

## 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 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?	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?	Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (collaboratrice domestica)

## 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 (con la madre che non vive con l'utente) 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

La signora Enrichetta, riferisce di essere soddisfatta del servizio erogato dal centro e del trattamento riabilitativo al quale è sottoposta (2 volte la settimana) da circa 3 anni.

L'utente abita in un condominio senza ascensore e con scale, orientamento in merito alla richiesta di montascale al

distretto di residenza.

L'unico familiare che si prende cura di lei è il marito, che ha lasciato il lavoro per assistere la donna; lamenta di una conflittualità con la madre che non vive con lei e di solitudine perché non esce più di casa se non per esami e accertamenti medici.

Torre del Greco, 24-01-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, affetta da Artrite Reumatoide. Difficoltà bilaterali nella flesso-estensione di caviglia; ROM di ginocchio buono; ROM di gomito buono a sn e ridotto a dx. Ridotto tono e trofismo muscolare dei 4 arti. Passaggi posturali e autonomie possibili con assistenza. Difficoltà respiratorie conseguenti a infezione da Covid-19

Torre del Greco, 23-02-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>65</b>

Torre del Greco, 23-02-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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  b720.3
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 e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	120

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

--

Data	02-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 02-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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 assistenza 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, 02-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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. Difficoltà bilaterali nella flesso-estensione di caviglia; ROM di ginocchio buono; ROM di gomito buono a sn e ridotto a dx. Ridotto tono e trofismo muscolare dei 4 arti. Passaggi posturali e autonomie possibili con assistenza. Difficoltà respiratorie conseguenti a infezione da Covid-19

Torre del Greco, 02-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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, 02-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>65</b>

Torre del Greco, 02-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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**

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

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

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

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

La paziente presenta sintomatologia dolorosa alle articolazioni maggiormente interessate dal processo artritico; limitazioni funzionali alla tibiotarsica sn. per esiti di artrodesi chirurgica che determina ulteriori deficit in deambulazione e nei passaggi posturali.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Test di barthel; MRC scale; VAS (visual analogic scale;per la valutazione del dolore)

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Limitare le contratture determinate dalla patologia artritica; recuperare qualche grado ROM rispettando i limiti della sintomatologia dolorosa.

**Data:** 03/07/2024

Torre del Greco,03-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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, 15-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

Enrichetta, 54 anni, è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapista che pratica il trattamento.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 29 ottobre 2024, appare orientato nel tempo e nello spazio.

L'utente vive con il marito, il figlio e il nipote e riferisce di trascorrere la maggior parte del tempo da sola e di vivere attualmente una conflittualità familiare.

Umore deflesso, orientamento circa la possibilità di richiedere un supporto psicologico tramite Asl di residenza.

Ausili/presidi utilizzati: Sedia a rotelle (fuori casa) e bastone (in casa).

Utile monitoraggio.

Torre del Greco, 05-11-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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):	06  b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d4500.4
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 passaggi posturali
Migliorare deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio) + PT
Frequenza:	2/7 + 1/15
Durata:	180 - 180

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

--

Data	21-11-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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 per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare passaggi posturali
- Migliorare deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Esecuzione di passaggi posturali
- 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, 21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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 (artrodesi alle caviglie, mano chiusa (dx>sn); ridotta forza e trofismo muscolare; difficoltà nei passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie.

Torre del Greco, 21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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, 21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>60</b>

Torre del Greco, 21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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**

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

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

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

Torre del Greco, 21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

<b>Data:</b>	
--------------	--

Torre del Greco, 24-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

<b>Data:</b>	
--------------	--

Torre del Greco, 24-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

<b>Data:</b>	
--------------	--

Torre del Greco, 24-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

<b>Data:</b>	
--------------	--

Torre del Greco, 24-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

<b>Data:</b>	
--------------	--

Torre del Greco, 24-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

<b>Data:</b>	
--------------	--

Torre del Greco, 24-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

<b>Data:</b>	
--------------	--

Torre del Greco, 24-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Paziente:** Di Luca Enrichetta**Data:** 20/05/2025**Partecipanti:** Signora Di Luca Enrichetta**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuromotoria (2 volte a settimana), PT (1 volta ogni due settimane)**Diagnosi:** Artrite Reumatoide**Osservazioni emerse**

In data 20/05/2025 è stata effettuata visita domiciliare presso l'abitazione della Signora Di Luca Enrichetta, sita in Viale Toscana 16, Torre del Greco.

La paziente, di 55 anni, si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile, attenta e pienamente collaborativa, in grado di ricostruire con chiarezza e precisione il proprio vissuto storico e clinico. Non si rilevano deficit cognitivi.

Si segnala la presenza di un elettrostimolatore midollare impiantato in seguito a una lesione del nervo, riferita come conseguenza di un errore medico; è in corso una causa legale correlata all'evento.

L'ambiente domestico si presenta pulito, ordinato e adeguatamente strutturato per rispondere ai bisogni della paziente, con spazi ampi che facilitano la mobilità.

Dal punto di vista motorio, la signora presenta limitazioni significative legate alla patologia di base, che incidono negativamente sul mantenimento dell'autonomia nelle attività quotidiane.

Sotto il profilo economico, il nucleo familiare è sostenuto dalla pensione lavorativa del coniuge e dalla pensione di invalidità con indennità di accompagnamento percepita dalla paziente.

A livello sociale e assistenziale, si evidenzia una buona rete di supporto. La gestione delle attività quotidiane è affidata prevalentemente al marito, che rappresenta la principale figura di riferimento.

Torre del Greco, 20-05-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

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

Al colloquio è presente Di Luca Enrichetta (55 anni), con diagnosi di artrite reumatoide da circa 40 anni.

La paziente si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene, così come l'ambiente domiciliare.

Buono il rapporto tra livello cognitivo ed emotivo, con lieve abbassamento del tono dell'umore conseguente alla patologia e alla sua storicità. Livello motorio compromesso.

Appetito nella norma, sonno compromesso.

Orientata nel tempo e nello spazio, eloquio fluente.

Ottima rete familiare.

Non si riscontra disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 20-05-2025

**CASE MANAGER**  
dott.  
VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	20-05-2025
-------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070
Luogo	NAPOLI		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	
È seguito dal servizio sociale di			

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

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

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	di Cristo	Nome	Animelle
Rapporto di parentela	Marito		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3487296768
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	3		
Composto da	Paziente, marito e figlio		

## 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 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

Torre del Greco, 20-05-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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):	06  b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d2100.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

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

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

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

--

Data	27-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 27-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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 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, 27-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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 ROM articolare (mane e arti inferiori), ridotto trofismo e forza muscolare, difficoltà nei movimenti fini, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 27-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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, 27-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>60</b>

Torre del Greco, 27-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI LUCA	Nome	ENRICHETTA
Data di nascita	18-05-1970	Cartella Clinica n.	7070

**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**

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

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

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

Torre del Greco, 27-05-2025