

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PZ PRESENTA AMPUTAZIONE AVAMPIEDE SINISTRO. IL TONO ED IL TROFISMO MUSCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI È BUONO. DEFICIT DELL'EQUILIBRIO DINAMICO CON IL TUTORE PER IL PIEDE SINISTRO. DEAMBULAZIONE AUTONOMA MA INSIKURA.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORARE EQUILIBRIO E DEAMBULAZIONE

ES. RINFORZO ARTI INFERIORI, STRETCHING, TRAINING DEAMBULATORIO, ES. PER EQUILIBRIO DINAMICO, ES. PROPRIOCETTIVI PIEDE SINISTRO

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 14/10/2022 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,14-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

| Descrizione | Valore |
|---|--------|
| 5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima | |
| 4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima | |
| 3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità | |
| 2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità | |
| 1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento | |
| 0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento | |

Torre del Greco, 14-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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: 0 /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: 0 /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: 0 /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: 0 /100 | | | | | | | |

Torre del Greco,14-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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) | 100 |

Torre del Greco,14-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA TINETTI

| Equilibrio | Punteggio |
|---|-------------|
| 1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro | 0 1 |
| 2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia | 0 1 2 |
| 3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo | 0 1 2 |
| 4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili | 0 1 2 |
| 5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti | 0 1 2 |
| 6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile | 0 1 2 |
| 8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui | 0 1 |
| 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo | 0 1 2 |
| Punteggio dell'equilibrio | 12/ 16 |

| Andatura | Punteggio |
|--|------------------|
| 10.Inizio della deambulazione 0=Una certa esitazione, o più tentativi 1=Nessuna esitazione | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo dx Piede dx 0=Il piede dx non supera il sx 1=Il piede dx supera il sx | 0 1 |
| 0=Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede dx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo sx Piede sx 0=Il piede sx non supera il dx 1=Il piede sx supera il dx | 0 1 |
| 0=Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede sx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 12.Simmetria del passo 0=Il passo dx e il sx non sembrano uguali 1=Il passo dx e il sx sembrano uguali | 0 1 |
| 13.Continuità del passo 0=Interrotto o discontinuo 1=Continuo | 0 1 |
| 14.Traiettoria 0=Deviazione marcata 1=Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 2=Assenza di deviazione e di uso di ausili | 0 1 2 |
| 15.Tronco 0=Marcata oscillazione o uso di ausili 1=Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 2=Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili | 0 1 2 |
| 16.Posizione dei piedi durante il cammino 0=I talloni sono separati 1=I talloni quasi si toccano durante il cammino | 0 1 |
| Punteggio dell'andatura | 10/ 12 |

PUNTEGGIO TOTALE 22/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥ 19 :basso rischio di caduta ≤ 18 :elevato rischio di caduta
Torre del Greco,14-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|--|-----------|------|----|
| | Migliorata la resistenza muscolare e la forza degli arti inferiori. | SI | P.R. | NO |
| | Miglioramento anche dell equilibrio dinamico e nei cambi direzionali | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

Migliorata la resistenza muscolare e la forza degli arti inferiori. Lieve miglioramento anche dell equilibrio dinamico e nei cambi direzionali.

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 16/12/2022 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 16-12-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

LIEVE MIGLIORAMENTO DEAMBULAZIONE, EQUILIBRIO E FORZA AAI

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO EQUILIBRIO, DEAMBULAZIONE E FORZA AAI

TRAINING DEAMBULATORIO, ESERCIZI EQUILIBRIO STATICO E DINAMICO

MOBILIZZAZIONE ATTIVA E PASSIVA AAI

ESERCIZI POSTURALI

| | | | |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|
| OBIETTIVI: | RAGGIUNTO | PARZIALMENTE RAGGIUNTO | NON RAGGIUNTO |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|

Data:

Torre del Greco,06-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

| Descrizione | Valore |
|---|---------------|
| 5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima | |
| 4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima | |
| 3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità | |
| 2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità | |
| 1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento | |
| 0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento | |

Torre del Greco,08-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PZ PRESENTA AMPUTAZIONE AVAMPIEDE SINISTRO.

IL TONO ED IL TROFISMO MUSCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI È BUONO.

DEFICIT DELL'EQUILIBRIO DINAMICO CON IL TUTORE PER IL PIEDE SINISTRO.

DEAMBULAZIONE AUTONOMA MA INSICURA.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORARE EQUILIBRIO E DEAMBULAZIONE

ES. RINFORZO ARTI INFERIORI, STRETCHING, TRAINING DEAMBULATORIO, ES. PER EQUILIBRIO DINAMICO, ES. PROPRIOCETTIVI PIEDE SINISTRO

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 10/02/2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 10-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

| Descrizione | Valore |
|---|---------------|
| 5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima | |
| 4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima | |
| 3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità | |
| 2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità | |
| 1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento | |
| 0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento | |

Torre del Greco, 10-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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: 0 /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: 0 /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: 0 /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: 0 /100 | | | | | | | |

Torre del Greco,10-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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) | 100 |

Torre del Greco,10-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA TINETTI

| Equilibrio | Punteggio |
|---|-------------|
| 1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro | 0 1 |
| 2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia | 0 1 2 |
| 3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo | 0 1 2 |
| 4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili | 0 1 2 |
| 5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti | 0 1 2 |
| 6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile | 0 1 2 |
| 8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui | 0 1 |
| 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo | 0 1 2 |
| Punteggio dell'equilibrio | 12/ 16 |

| Andatura | Punteggio |
|--|------------------|
| 10.Inizio della deambulazione 0=Una certa esitazione, o più tentativi 1=Nessuna esitazione | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo dx Piede dx 0=Il piede dx non supera il sx 1=Il piede dx supera il sx | 0 1 |
| 0=Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede dx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo sx Piede sx 0=Il piede sx non supera il dx 1=Il piede sx supera il dx | 0 1 |
| 0=Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede sx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 12.Simmetria del passo 0=Il passo dx e il sx non sembrano uguali 1=Il passo dx e il sx sembrano uguali | 0 1 |
| 13.Continuità del passo 0=Interrotto o discontinuo 1=Continuo | 0 1 |
| 14.Traiettoria 0=Deviazione marcata 1=Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 2=Assenza di deviazione e di uso di ausili | 0 1 2 |
| 15.Tronco 0=Marcata oscillazione o uso di ausili 1=Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 2=Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili | 0 1 2 |
| 16.Posizione dei piedi durante il cammino 0=I talloni sono separati 1=I talloni quasi si toccano durante il cammino | 0 1 |
| Punteggio dell'andatura | 10/ 12 |

PUNTEGGIO TOTALE 22/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥ 19 :basso rischio di caduta ≤ 18 :elevato rischio di caduta
Torre del Greco,10-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------------------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |
| Luogo | NAPOLI | | |
| Stato civile | Sposato | Comune di residenza | TORRE DEL GRECO |
| Condizione professionale | Pensionato | Telefono | |
| È seguito dal servizio sociale di | No | | |

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 21-02-2023 |
|-------------------|------------|

È titolare di:

| | |
|-------------------------------|-----------------------|
| Pensione | SI NO |
| Invalità civile | SI 100% NO |
| Indennità di accompagnamento | SI NO Ricorso in atto |
| Legge 104/92 gravità Handicap | SI NO |
| Art. 3 comma 3 | |

Persone di riferimento/caregiver principale

| | | | |
|------------------------------------|---|----------|------------|
| 1)Cognome | Falanga | Nome | Virginia |
| Rapporto di parentela | moglie | | |
| Comune di residenza | Torre del Greco | Telefono | 3349183540 |
| 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 | utente, moglie 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? | Sì, è una casa confortevole Barriere architettoniche (Presenza di pochi scalini prima dell'ascensore) No, è insufficiente |
| L'utente quale ausilio/presidio utilizza o ha utilizzato in/e fuori casa? | Sedia a rotelle Protesi Bastone 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 (1M 1F) 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) Nessun servizio |
| 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 (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 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 da lavoro 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) |
| I principali problemi che la famiglia e/o l'utente 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 Accettazione della situazione 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 Il sig. Di Iorio è sottoposto a trattamento riabilitativo trisettimanale. |

L'utente riferisce la necessità di un supporto psicologico volto all'accettazione delle condizioni attuali in cui versa.
 Torre del Greco, 21-02-2023

ASSISTENTE SOCIALE
 Dott.ssa
 Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Di Iorio Michele, 63 anni, è sottoposto a trattamento fisioterapico trisettimanale. Il signore, al momento del colloquio, avvenuto in data 21/02/2023 appare orientato nel tempo, nello spazio e nella persona. Vive con il figlio e la moglie, che lo aiutano nello svolgimento di attività di vita quotidiana grazie anche al supporto fornito da una solida rete familiare. Michele riesce a spostarsi all'interno della propria abitazione grazie all'ausilio di stampelle e di una sedia a rotelle. Per tali motivi, esce di rado. Inoltre, in seguito a una caduta avvenuta circa un mese fa, il signore ha riportato la rottura di tre vertebre, causa di ulteriore dolore che interferisce inevitabilmente con la qualità del sonno. L'umore appare fortemente deflesso e talvolta irritabile. Riferisce l'urgente necessità di un supporto psicologico volto all'accettazione delle condizioni attuali in cui versa.

Torre del Greco, 22-02-2023

CASE MANAGERDott.ssa
MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato; esiti di amputazione avanpiede sinistro in seguito ad arteriopatia ostruttiva periferica. Deambulazione possibile con protesi. Ridotto trofismo e forza arto inferiore sinistro. Alla valutazione odierna, riscontrate fratture corpi vertebrali dorso-lombari da possibile evento traumatico (caduta dicembre 2022)

Torre del Greco, 23-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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,23-02-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|--|-----------|------|----|
| | Migliorata la resistenza muscolare e la forza degli arti inferiori. | SI | P.R. | NO |
| | Miglioramento anche dell'equilibrio dinamico e nei cambi direzionali | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

| |
|---|
| PARZIALE MIGLIORAMENTO DELLA RESISTENZA ALLO SFORZO E DELL' EQUILIBRIO STATICO/DINAMICO |
|---|

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 10/04/2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 10-04-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

LIEVE MIGLIORAMENTO DEAMBULAZIONE, EQUILIBRIO E FORZA AAI

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO EQUILIBRIO, DEAMBULAZIONE E FORZA AAI

TRAINING DEAMBULATORIO, ESERCIZI EQUILIBRIO STATICO E DINAMICO

MOBILIZZAZIONE ATTIVA E PASSIVA AAI

ESERCIZI POSTURALI

| | | | |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|
| OBIETTIVI: | RAGGIUNTO | PARZIALMENTE RAGGIUNTO | NON RAGGIUNTO |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 02/06/2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,02-06-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PZ PRESENTA AMPUTAZIONE AVAMPIEDE SINISTRO. IL TONO ED IL TROFISMO MUSCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI È BUONO. DEFICIT DELL'EQUILIBRIO DINAMICO CON IL TUTORE PER IL PIEDE SINISTRO. DEAMBULAZIONE AUTONOMA MA INSIKURA.

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

MIGLIORARE EQUILIBRIO E DEAMBULAZIONE

ES. RINFORZO ARTI INFERIORI, STRETCHING, TRAINING DEAMBULATORIO, ES. PER EQUILIBRIO DINAMICO, ES. PROPRIOCETTIVI PIEDE SINISTRO

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 09.06.2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,09-06-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

| Descrizione | Valore |
|---|--------|
| 5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima | |
| 4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima | |
| 3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità | |
| 2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità | |
| 1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento | |
| 0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento | |

Torre del Greco,09-06-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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: 0 /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: 0 /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: 0 /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: 0 /100 | | | | | | | |

Torre del Greco,09-06-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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) | 100 |

Torre del Greco,09-06-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA TINETTI

| Equilibrio | Punteggio |
|---|------------------|
| 1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro | 0 1 |
| 2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia | 0 1 2 |
| 3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo | 0 1 2 |
| 4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili | 0 1 2 |
| 5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti | 0 1 2 |
| 6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile | 0 1 2 |
| 8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui | 0 1 |
| 9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo | 0 1 2 |
| Punteggio dell'equilibrio | 12/ 16 |



| Andatura | Punteggio |
|--|------------------|
| 10.Inizio della deambulazione 0=Una certa esitazione, o più tentativi 1=Nessuna esitazione | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo dx Piede dx 0=Il piede dx non supera il sx 1=Il piede dx supera il sx | 0 1 |
| 0=Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede dx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo sx Piede sx 0=Il piede sx non supera il dx 1=Il piede sx supera il dx | 0 1 |
| 0=Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede sx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 12.Simmetria del passo 0=Il passo dx e il sx non sembrano uguali 1=Il passo dx e il sx sembrano uguali | 0 1 |
| 13.Continuità del passo 0=Interrotto o discontinuo 1=Continuo | 0 1 |
| 14.Traiettoria 0=Deviazione marcata 1=Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 2=Assenza di deviazione e di uso di ausili | 0 1 2 |
| 15.Tronco 0=Marcata oscillazione o uso di ausili 1=Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 2=Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili | 0 1 2 |
| 16.Posizione dei piedi durante il cammino 0=I talloni sono separati 1=I talloni quasi si toccano durante il cammino | 0 1 |
| Punteggio dell'andatura | 10/ 12 |

PUNTEGGIO TOTALE 22/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥ 19 :basso rischio di caduta ≤ 18 :elevato rischio di caduta
Torre del Greco,09-06-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|--------------------------|-----------|------|----|
| | miglioramento equilibrio | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

| |
|---------------------------------------|
| Quadro clinico essenzialmente stabile |
|---------------------------------------|

| | |
|--------------|--|
| Data: | |
|--------------|--|

Torre del Greco,09-08-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PAZIENTE PER PROBLEMI ALLE VIE URINARIE È LIMITATO NELLA RIABILITAZIONE MOTORIA, PERTANTO IL SUO QUADRO CLINICO NON PRESENTA MIGLIORAMENTI.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO FORZA ARTI INFERIORI, DEAMBULAZIONE ED EQUILIBRIO.

MOBILIZZAZIONE ATTIVA E PASSIVA AAII.

ESERCIZI PER LA DEAMBULAZIONE E L' EQUILIBRIO E LO SCHEMA DEL PASSO

| | | | |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|
| OBIETTIVI: | RAGGIUNTO | PARZIALMENTE RAGGIUNTO | NON RAGGIUNTO |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 06/10/2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,06-10-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PZ PRESENTA AMPUTAZIONE AVAMPIEDE SINISTRO. IL TONO ED IL TROFISMO MUSCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI È BUONO. DEFICIT DELL'EQUILIBRIO DINAMICO CON IL TUTORE PER IL PIEDE SINISTRO. DEAMBULAZIONE AUTONOMA MA INSIKURA.

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

MIGLIORARE EQUILIBRIO E DEAMBULAZIONE

ES. RINFORZO ARTI INFERIORI, STRETCHING, TRAINING DEAMBULATORIO, ES. PER EQUILIBRIO DINAMICO, ES. PROPRIOCETTIVI PIEDE SINISTRO

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 09.10.2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,09-10-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

| Descrizione | Valore |
|---|---------------|
| 5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima | |
| 4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima | |
| 3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità | |
| 2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità | |
| 1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento | |
| 0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento | |

Torre del Greco,09-10-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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: 0 /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: 0 /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: 0 /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: 0 /100 | | | | | | | |

Torre del Greco,09-10-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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) | 100 |

Torre del Greco,09-10-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA TINETTI

| Equilibrio | Punteggio |
|---|-------------|
| 1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro | 0 1 |
| 2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia | 0 1 2 |
| 3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo | 0 1 2 |
| 4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili | 0 1 2 |
| 5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti | 0 1 2 |
| 6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile | 0 1 2 |
| 8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui | 0 1 |
| 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo | 0 1 2 |
| Punteggio dell'equilibrio | 12/ 16 |



| Andatura | Punteggio |
|--|------------------|
| 10.Inizio della deambulazione 0=Una certa esitazione, o più tentativi 1=Nessuna esitazione | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo dx Piede dx 0=Il piede dx non supera il sx 1=Il piede dx supera il sx | 0 1 |
| 0=Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede dx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo sx Piede sx 0=Il piede sx non supera il dx 1=Il piede sx supera il dx | 0 1 |
| 0=Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede sx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 12.Simmetria del passo 0=Il passo dx e il sx non sembrano uguali 1=Il passo dx e il sx sembrano uguali | 0 1 |
| 13.Continuità del passo 0=Interrotto o discontinuo 1=Continuo | 0 1 |
| 14.Traiettoria 0=Deviazione marcata 1=Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 2=Assenza di deviazione e di uso di ausili | 0 1 2 |
| 15.Tronco 0=Marcata oscillazione o uso di ausili 1=Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 2=Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili | 0 1 2 |
| 16.Posizione dei piedi durante il cammino 0=I talloni sono separati 1=I talloni quasi si toccano durante il cammino | 0 1 |
| Punteggio dell'andatura | 10/ 12 |

PUNTEGGIO TOTALE 22/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥ 19 :basso rischio di caduta ≤ 18 :elevato rischio di caduta
Torre del Greco,09-10-2023



DIMENSIONE AZZURRA S.R.L.

Dimensione Azzurra s.r.l.

CARTELLA CLINICA N° 7540

Torre del Greco, 26-10-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|-----------|-----------|------|----|
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

| |
|---------------------------------------|
| Quadro clinico essenzialmente stabile |
|---------------------------------------|

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 08.12.2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,08-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PAZIENTE ANCORA PER PROBLEMI ALLE VIE URINARIE È LIMITATO NELLA RIABILITAZIONE MOTORIA, PERTANTO IL SUO QUADRO CLINICO NON PRESENTA MIGLIORAMENTI. TUTTAVIA È STABILE.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO FORZA ARTI INFERIORI, DEAMBULAZIONE ED EQUILIBRIO.

MOBILIZZAZIONE ATTIVA E PASSIVA AAII.

ESERCIZI PER LA DEAMBULAZIONE E L' EQUILIBRIO E LO SCHEMA DEL PASSO

| | | | |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|
| OBIETTIVI: | RAGGIUNTO | PARZIALMENTE RAGGIUNTO | NON RAGGIUNTO |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 02.02.2024 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,02-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PZ PRESENTA AMPUTAZIONE AVAMPIEDE SINISTRO. IL TONO ED IL TROFISMO MUSCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI È BUONO. DEFICIT DELL'EQUILIBRIO DINAMICO CON IL TUTORE PER IL PIEDE SINISTRO. DEAMBULAZIONE AUTONOMA MA INSIKURA.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORARE EQUILIBRIO , DEAMBULAZIONE E TONO-TROFISMO ARTI INFERIORI.

ES. RINFORZO ARTI INFERIORI, STRETCHING, TRAINING DEAMBULATORIO, ES. PER EQUILIBRIO DINAMICO, ES. PROPRIOCETTIVI PIEDE SINISTRO

Data: 05/02/2024

Torre del Greco,05-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

| Descrizione | Valore |
|---|--------|
| 5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima | |
| 4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima | |
| 3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità | |
| 2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità | |
| 1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento | |
| 0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento | |

Torre del Greco,05-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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: 0 /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: 0 /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: 0 /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: 0 /100 | | | | | | | |

Torre del Greco,05-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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) | 100 |

Torre del Greco,05-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SCALA TINETTI

| Equilibrio | Punteggio |
|---|-------------|
| 1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro | 0 1 |
| 2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia | 0 1 2 |
| 3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo | 0 1 2 |
| 4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili | 0 1 2 |
| 5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti | 0 1 2 |
| 6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile | 0 1 2 |
| 8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui | 0 1 |
| 0=Instabile 1=Stabile | 0 1 |
| 9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo | 0 1 2 |
| Punteggio dell'equilibrio | 12/ 16 |

| Andatura | Punteggio |
|--|-------------|
| 10.Inizio della deambulazione 0=Una certa esitazione, o più tentativi 1=Nessuna esitazione | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo dx Piede dx 0=Il piede dx non supera il sx 1=Il piede dx supera il sx | 0 1 |
| 0=Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede dx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 11.Lunghezza ed altezza del passo sx Piede sx 0=Il piede sx non supera il dx 1=Il piede sx supera il dx | 0 1 |
| 0=Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede sx si alza completamente dal pavimento | 0 1 |
| 12.Simmetria del passo 0=Il passo dx e il sx non sembrano uguali 1=Il passo dx e il sx sembrano uguali | 0 1 |
| 13.Continuità del passo 0=Interrotto o discontinuo 1=Continuo | 0 1 |
| 14.Traiettoria 0=Deviazione marcata 1=Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 2=Assenza di deviazione e di uso di ausili | 0 1 2 |
| 15.Tronco 0=Marcata oscillazione o uso di ausili 1=Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 2=Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili | 0 1 2 |
| 16.Posizione dei piedi durante il cammino 0=I talloni sono separati 1=I talloni quasi si toccano durante il cammino | 0 1 |
| Punteggio dell'andatura | 10/ 12 |

PUNTEGGIO TOTALE 22/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥19:basso rischio di caduta ≤18:elevato rischio di caduta
 Torre del Greco,05-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|--|-----------|------|----|
| | miglioramento equilibrio e tono arti inferiori | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

| |
|--|
| Parziale miglioramento tono ed equilibrio arti inferiori |
|--|

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 05/04/2024 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,05-04-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Esiti di amputazione avampiede sinistro |
| 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): | 05 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.3.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Migliorare forza |
| Migliorare trofismo moncone |
| 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 | 30-05-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,30-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

| | | | |
|--|--|--|--|
| Stabilità internistica - funzioni vitali di base | | competenze cognitivo - comportamentali | |
| Area funzioni sensomotorie | | Autonomia nella cura della persona | |
| Mobilità e stabilimenti | | Riadattamento e reinserimento sociale | |
| Competenze comunicativo - relazionali | | Area emotiva - affettiva | |

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con esiti di amputazione avampiede sinistro; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare trofismo moncone
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
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,30-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; esiti di amputazione avampiede sinistro; ridotto il trofismo muscolare, deambulazione con 2 bastoni e con protesi; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,30-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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,30-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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=dependente 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=dependente 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=dependente 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) | 50 |

Torre del Greco,30-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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# Esiti di amputazione avampiede sinistro | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Esiti di amputazione avampiede sinistro | | |

**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,30-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PAZIENTE È MIGLIORATO PARZIALMENTE , RISPETTO ALLE CONDIZIONI INIZIALI, NELL' EQUILIBRIO STATICO-DINAMICO E NELLA DEAMBULAZIONE IN GENERALE.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO FORZA ARTI INFERIORI, DEAMBULAZIONE ED EQUILIBRIO.

MOBILIZZAZIONE ATTIVA E PASSIVA AAII.

ESERCIZI PER LA DEAMBULAZIONE E L' EQUILIBRIO E LO SCHEMA DEL PASSO

| | | | |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|
| OBIETTIVI: | RAGGIUNTO | PARZIALMENTE RAGGIUNTO | NON RAGGIUNTO |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|

Data:

Torre del Greco,31-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PZ PRESENTA AMPUTAZIONE AVAMPIEDE SINISTRO. IL TONO ED IL TROFISMO MUSCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI È BUONO. DEFICIT DELL'EQUILIBRIO DINAMICO CON IL TUTORE PER IL PIEDE SINISTRO. DEAMBULAZIONE AUTONOMA MA INSIKURA.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORARE EQUILIBRIO , DEAMBULAZIONE E TONO-TROFISMO ARTI INFERIORI.

ES. RINFORZO ARTI INFERIORI, STRETCHING, TRAINING DEAMBULATORIO, ES. PER EQUILIBRIO DINAMICO, ES. PROPRIOCETTIVI PIEDE SINISTRO

Data: 03/06/2024

Torre del Greco,03-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PZ PRESENTA AMPUTAZIONE AVAMPIEDE SINISTRO. TONO E TROFISMO MUSCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI SUFFICIENTI. DEFICIT DELL'EQUILIBRIO DINAMICO CON IL TUTORE PER IL PIEDE SINISTRO. DEAMBULAZIONE AUTONOMA MA INSIKURA.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO FORZA ARTI INFERIORI, DEAMBULAZIONE ED EQUILIBRIO.

MOBILIZZAZIONE ATTIVA E PASSIVA AAIL. ESERCIZI PER LA DEAMBULAZIONE E L' EQUILIBRIO E LO SCHEMA DEL PASSO. ESERCIZI RINFORZO AAIL

| | | | |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|
| OBIETTIVI: | RAGGIUNTO | PARZIALMENTE RAGGIUNTO | NON RAGGIUNTO |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------|

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 30.09.2024 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,30-09-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

IL PZ PRESENTA AMPUTAZIONE AVAMPIEDE SINISTRO. IL TONO ED IL TROFISMO MUSCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI È BUONO. DEFICIT DELL'EQUILIBRIO DINAMICO CON IL TUTORE PER IL PIEDE SINISTRO. DEAMBULAZIONE AUTONOMA MA INCERTA.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORARE EQUILIBRIO , DEAMBULAZIONE E TONO-TROFISMO ARTI INFERIORI.

ES. RINFORZO ARTI INFERIORI, STRETCHING, TRAINING DEAMBULATORIO, ES. PER EQUILIBRIO DINAMICO, ES. PROPRIOCETTIVI PIEDE SINISTRO.

Data: 03/10/2024

Torre del Greco,03-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Esiti di amputazione avampiede sinistro |
| 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): | 05 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.3.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Migliorare forza |
| Migliorare trofismo del moncone |
| 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 | 04-10-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,04-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

| | | | |
|--|--|--|--|
| Stabilità internistica - funzioni vitali di base | | competenze cognitivo - comportamentali | |
| Area funzioni sensomotorie | | Autonomia nella cura della persona | |
| Mobilità e stabilimenti | | Riadattamento e reinserimento sociale | |
| Competenze comunicativo - relazionali | | Area emotiva - affettiva | |

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con esiti di amputazione avampiede sinistro; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare trofismo moncone
Migliorare passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
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,04-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; amputazione avampiede sinistro; deambulazione con 2 bastoni e protesi, ridotto trofismo muscolare, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,04-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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,04-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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) | 50 |

Torre del Greco,04-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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# Esiti di amputazione avampiede sinistro | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Esiti di amputazione avampiede sinistro | | |

**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,04-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

Nella sezione "Allegati" è presente il seguente strumento 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.

L'obiettivo principale è quello di valutare 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,12-11-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Esiti di amputazione avampiede sinistro |
| 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): | 05 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.3.3 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 4 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|-------------------------------|
| Migliorare trofismo moncone |
| 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: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 19-03-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

| | | | |
|--|--|--|--|
| Stabilità internistica - funzioni vitali di base | | competenze cognitivo - comportamentali | |
| Area funzioni sensomotorie | | Autonomia nella cura della persona | |
| Mobilità e stabilimenti | | Riadattamento e reinserimento sociale | |
| Competenze comunicativo - relazionali | | Area emotiva - affettiva | |

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con esiti di amputazione avampiede sinistro; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e la deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare trofismo muscolare
Migliorare passaggi posturali
migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali
training del paso

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,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; amputazione avampiede sinistro; deambulazione con 2 bastoni e protesi, ridotto trofismo muscolare, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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) | 50 |

Torre del Greco,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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# Esiti di amputazione avampiede sinistro | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Esiti di amputazione avampiede sinistro | | |

**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,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Esiti di amputazione mesopiede sinistro |
| 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): | 05 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.3.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| 2/7 Migliorare trofismo muscolare |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare equilibrio e deambulazione con protesi |

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 | 22-04-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,22-04-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO**AREE FUNZIONALI:**

| | | | |
|--|--|--|--|
| Stabilità internistica - funzioni vitali di base | | competenze cognitivo - comportamentali | |
| Area funzioni sensomotorie | | Autonomia nella cura della persona | |
| Mobilità e stabilimenti | | Riadattamento e reinserimento sociale | |
| Competenze comunicativo - relazionali | | Area emotiva - affettiva | |

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente con esiti di amputazione mesopiede sinistro; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare trofismo muscolare
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione con protesi

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
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,22-04-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; esiti di amputazione mesopiede sinistro; ridotto trofismo muscolare, necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,22-04-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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, 22-04-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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=dependente 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=dependente 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=dependente 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) | 65 |

Torre del Greco, 22-04-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

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# Esiti di amputazione mesopiede sinistro | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Esiti di amputazione mesopiede sinistro | | |

**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,22-04-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 24 Giugno 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Di Iorio Michele**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuro-motoria**Diagnosi:** Esiti di amputazione mesopiede sinistro**Relazione visita domiciliare**

In data 24/06/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione del signor Di Iorio Michele, sita in Via Marche 4.

Il signore, di 67 anni, si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile, attento e perfettamente in grado di rispondere alle domande in modo chiaro, strutturando frasi complete e di senso compiuto. Dimostra inoltre una buona capacità di orientamento nello spazio e nel tempo, nonostante il quadro clinico.

Riferito un quadro clinico complesso e variegato, in particolar modo si fa riferimento all'amputazione del piede sinistro, che ha compromesso in maniera significativa le autonomie del paziente.

L'ambiente domestico appare ordinato, pulito e adeguato alle esigenze della signora, con spazi ampi che favoriscono la mobilità.

Sul piano sociale e assistenziale, il signore dispone di una rete familiare stabile e presente. La moglie è il caregiver principale, fornisce un supporto costante nella gestione della casa e delle attività quotidiane.

Torre del Greco, 24-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Di Iorio Michele (67 anni).

Si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale.

Orientato nel tempo e nello spazio, difficoltà motorie ma conserva le principali autonomie.

Tono dell'umore nella norma, con alcuni periodi di tristezza dovuta alle diverse condizioni patologiche. Inoltre, tali difficoltà patologiche lo hanno reso inabile all'attività lavorativa.

Appetito nella norma e sonno disturbato.

Buona rete familiare.

Non si riscontra specifico disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 24-06-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 24-06-2025 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------------------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | DI IORIO | Nome | MICHELE |
| Data di nascita | 25-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7540 |
| Luogo | NAPOLI | | |
| Stato civile | Congiunto | Comune di residenza | TORRE DEL GRECO |
| Condizione professionale | Pensionato | Telefono | 3668700610 |
| È seguito dal servizio sociale di | | | |

L'utente e/o caregiver riferisce:

| | |
|-------------------------------|-----------------------|
| Pensione | SI NO |
| Invalità civile | SI % NO (100%) |
| Indennità di accompagnamento | SI NO |
| Legge 104/92 gravità Handicap | SI NO (art 3 comma 3) |

Persone di riferimento/caregiver principale

| | | | |
|------------------------------------|---|----------|------------|
| 1)Cognome | Falanga | Nome | Virginia |
| Rapporto di parentela | moglie | | |
| Comune di residenza | torre del greco | Telefono | 3349183540 |
| 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 moglie 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? | 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 Contrassegno per l'auto Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare) |
| I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità | Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare) |
| La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"? | 1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo |
| La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento? | 1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo |

Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 24-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE



dott.ssa
AMENO ALESSIA