

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data odierna si effettua la valutazione psicologica del caso clinico in esame. Il paziente appare vigile, collaborante, ben orientato nel tempo e nello spazio, disponibile al dialogo con l'esaminatore.

Con diagnosi di Distrofia muscolare progressiva presenta difficoltà nella deambulazione e nell'equilibrio.

Racconta della propria storia clinica e familiare in maniera serena e tranquilla.

Adeguatamente assistito dal contesto familiare. Ben inserito nel contesto sociale.

Tono dell'umore normo orientato.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Torre del Greco, 27-06-2023

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

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

Il paziente ,conosciuto da tempo dalla scrivente , presenta un quadro clinico con diagnosi di distrofia muscolare progressiva .

Al colloquio odierno appare collaborante e disponibile nel riferire della sua quotidianità e, di quanto il percorso terapeutico sia utile per il mantenimento della sua autonomia .

Vive in compagnia dell'anziana madre conducendo una vita sociale poco attiva .

Paolo da tempo è alla ricerca di un inserimento nel mondo del lavoro , facendo parte di una categoria protetta con tutele previste dalla l. 68/99 , ma ad oggi è ancora alla ricerca di un'occupazione percepisce una indennità di invalidità che risulta economicamente insufficiente per un suo dignitoso mantenimento .

La scrivente ha fornito informazioni per poter inoltrare una richiesta di un aggravamento della patologia per un eventuale riconoscimento dell'accompagnamento .

Torre del Greco,12-12-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Quirola Alba

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Distrofia Muscolare Progressiva
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN08 Mielopatia (SCN/SCT)-altra mielopatia non traumatica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	06 b720.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d4500.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

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

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	19-12-2023	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,19-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

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 affetto da Distrofia muscolare; difficoltà nell'equilibrio, nei passaggi posturali e nella deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare equilibrio
Migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Esecuzione di passaggi posturali
Training del passo

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,19-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, affetto da distrofia muscolare; ridotto il ROM (caviglia sinistra in particolar modo), ridotto il trofismo muscolare e la forza. Importanti difficoltà di equilibrio e deambulazione, causati in particolar modo dall'appoggio del piede sinistro che risulta varo e cavo; andatura con piede sinistro strisciante; difficoltà/impossibilità nei passaggi punta-tallone.

Torre del Greco,19-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

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,19-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

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: 99 /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: 99 /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: 69 /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: 59 /100							

Torre del Greco,19-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

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)	85

Torre del Greco,19-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	2014206000005632

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# Distrofia Muscolare		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Distrofia Muscolare		

**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,19-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Distrofia Muscolare
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN08 Mielopatia (SCN/SCT)-altra mielopatia non traumatica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	06 b720.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare deambulazione

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

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

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	25-06-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,25-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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 affetto da Distrofia Muscolare; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e la deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esercizi di equilibrio
Training del passo

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,25-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, affetto da distrofia muscolare; ridotto il ROM (caviglia sinistra in particolar modo), ridotto il trofismo muscolare e la forza. Importanti difficoltà di equilibrio e deambulazione, causati in particolar modo dall'appoggio del piede sinistro che risulta varo e cavo; andatura con piede sinistro strisciante; difficoltà/impossibilità nei passaggi punta-tallone.

Torre del Greco, 25-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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, 25-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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)	85

Torre del Greco, 25-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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# Distrofia muscolare progressiva		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Distrofia muscolare progressiva		

**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,25-06-2024

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	10-10-2024
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977 (47 anni)	Cartella Clinica n.	5632/1
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	celibe	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	in cerca di occupazione	Telefono	0818822610
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invaliderà civile	SI 100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO
Art 3 comma 3	

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Oliviero	Nome	Assunta
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Nessuna tutela legale		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	utente e madre		

**Situazione abitativa:**

L'abitazione dove la persona risiede si trova	In centro (del comune) Fuori dal centro (periferia) È isolata
L'abitazione è adeguata alle esigenze della persona?	Sì, è una casa confortevole Sì, è appena sufficiente No, è insufficiente
Se inadeguata, cosa manca?	È troppo piccola È umida Manca l'ascensore (barriere architettoniche) Ci sarebbero molti lavori da fare Mancano spazi esterni Altro (specificare)
A che titolo l'utente occupa l'abitazione?	Affitto Proprietà Comodato Altro titolo

Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti: 2 fratelli che vivono fuori Regione 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 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 di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Orientamento 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 E' sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale

Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con il sig Paolo, il quale riferisce di svolgere da solo le attività di vita quotidiana, anche se attualmente con maggiore difficoltà.



Orientato nel tempo e nello spazio.

Presidi/ausili utilizzati: Scarpe ortopediche, difficoltà nella deambulazione.

Torre del Greco,10-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Distrofia Muscolare
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN08 Mielopatia (SCN/SCT)-altra mielopatia non traumatica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	06 b720.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d4500.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Contrastare progressione della patologia	
--	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare deambulazione

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

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

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	19-12-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,19-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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 Distrofia Muscolare; difficoltà di equilibrio e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esercizi di equilibrio
Training del passo

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,19-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, affetto da distrofia muscolare; ridotto il ROM (caviglia sinistra in particolar modo), ridotto il trofismo muscolare e la forza. Importanti difficoltà di equilibrio e deambulazione, causati in particolar modo dall'appoggio del piede sinistro che risulta varo e cavo; andatura con piede sinistro strisciante; difficoltà/impossibilità nei passaggi punta-tallone.

Torre del Greco,19-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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,19-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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)	85

Torre del Greco,19-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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# Distrofia Muscolare		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Distrofia Muscolare		

**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,19-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Il paziente Castello Paolo, di età 47, è affetto da Distrofia muscolare progressiva.

Vive con la mamma, si muove autonomamente senza ausili. Giunge infatti al centro da solo, a piedi.

Riesce a mantenere le sue autonomie quotidiane e sociali, come uscire per fare la spesa o uscire con amici. Al momento quando è a casa studia per concorsi nell'ambito amministrativo.

Al momento svolge terapia tre volte a settimana tramite rinnovo.

Tono dell'umore nella norma.

Il sonno e l'alimentazione sono nella norma.

Torre del Greco, 30-01-2025

CASE MANAGER

dott.ssa

BIBIANI ERICA

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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

Data: 1 Aprile 2025

Partecipanti al colloquio: Signor Castello Paolo

Intervento riabilitativo in atto: RNM (3 volte a settimana)

Osservazioni emerse

Castello Paolo, 48 anni, con diagnosi di Distrofia Muscolare.

Durante il colloquio, il Signore si presenta curato nell'igiene e nell'abbigliamento, ben orientato nello spazio e nel tempo. È in grado di rispondere adeguatamente agli stimoli forniti e di ricostruire la propria routine quotidiana.

Nonostante la patologia, il paziente riferisce di avere una buona autonomia, riesce a occuparsi di sé stesso e ad aiutare la madre anziana in casa. Deambula autonomamente e mantiene uno stile di vita regolare.

L'umore appare buono.

Il rapporto con la struttura e i terapisti è descritto in termini positivi.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dal paziente e dalla madre di 78 anni.

La famiglia si sostiene economicamente grazie alla pensione di reversibilità del padre e alla pensione di invalidità (100%) percepita dal paziente.

Il Signore descrive una rete familiare stabile e presente, in grado di fornire supporto in caso di necessità.

Torre del Greco,01-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Castello Paolo (48 anni) con diagnosi di distrofia muscolare progressiva da circa 5 anni di età.

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

Si presenta orientato nel tempo e nello spazio, eloquio fluente, buona la narrazione.

Buono il rapporto tra livello cognitivo ed emotivo, livello motorio adeguato rispetto alla patologia.

Non si rivela disagio psicopatologico.

Torre del Greco,01-04-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	01-04-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	Diploma

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

Riferisce di essere titolare di:

Assegno di cura	SI	NO
Indennità di frequenza	SI	% NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma	Pensione di invalidità 100%	
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza		
Trattamento riabilitativo:	Privato di Pubblico	
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI	% NO
Se sì, indicare quali?		

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Oliviero	Nome	Assunta
Rapporto di parentela	Madre		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	0818822610
Condizione professionale	pensionata		
2)Cognome		Nome	
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	Signore e madre		
I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo?	SI	NO	

**Situazione socio-familiare:**

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

**Situazione economica/assistenza e servizi**

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione di invalidità Rendita Pensione di reversibilità Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Prestazioni riabilitative private Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito?	Assegno di cura Indennità di comunicazione Indennità di frequenza Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco,01-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa



AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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

In data 10/06/25 la situazione è invariata in riferimento all'ultimo colloquio.

Torre del Greco,10-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Castello Paolo (48 anni).
Il quadro clinico resta invariato come relazionato nella consulenza del 01/04/2025.

Torre del Greco,10-06-2025

CASE MANAGER

dott.
VISCIANO RAFFAELE

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Distrofia Muscolare
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN08 Mielopatia (SCN/SCT)-altra mielopatia non traumatica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	06 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Contrastare progressione della patologia	
--	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

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

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	01-07-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,01-07-2025

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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 Distrofia Muscolare; difficoltà di equilibrio e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali
Esercizi di equilibrio

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,01-07-2025

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, affetto da distrofia muscolare; ridotto il ROM (caviglia sinistra in particolar modo), ridotto il trofismo muscolare e la forza. Importanti difficoltà di equilibrio e deambulazione, e nei passaggi punta-tallone, causati in particolar modo dall'appoggio del piede sinistro che risulta varo e cavo, e trascinato durante la deambulazione.

Torre del Greco,01-07-2025

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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,01-07-2025

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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)	85

Torre del Greco,01-07-2025

PAZIENTE:

Cognome	CASTELLO	Nome	PAOLO
Data di nascita	24-09-1977	Cartella Clinica n.	5632/1

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# Distrofia Muscolare		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Distrofia Muscolare		

**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,01-07-2025