

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI**
**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI**
**MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	decesso del paziente
ALTRO	Progetto a termine - non rinnovato		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	Artrite reumatoide		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Artrite reumatoide		

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

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

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

Data:	01/08/2023	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 02-11-2023

**SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA****GENERALITA' DELL'ASSISTITO**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Codice Fiscale	GDNPQL63E07L259A
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	S MARIA LA BRUNA	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	0818832954
Data ammissione	29-01-2019	Data dimissione	

**DIAGNOSI**

CODICE ARTRITE REUMATOIDE

EVENTUALI NOTE:

**SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA****ANAMNESI FAMILIARE****ANAMNESI FISIOLOGICA:****ANAMNESI REMOTA:**

Diabete tipo II

Ipertensione Arteriosa

HBV positivo

Gastropatia antrale cronica

## ANAMNESI PROSSIMA

## ANAMNESI PATHOLOGICA:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

## ANAMNESI RIABILITATIVA:

## AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Torre del Greco, 02-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	14  b730.1
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.1.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	180

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

--

Data	02-01-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 02-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**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 Artrite Reumatoide; ridotto il ROM articolare (dx>sn); difficoltà di passaggi posturali

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare forza
- Migliorare equilibrio e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Rinforzo muscolare
- Esecuzione di passaggi posturali

**OPERATORI:**

TDR

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

## TEMPI DI VERIFICA:

A termine

## RISULTATO

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

Torre del Greco, 02-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Artrite Reumatoide; ridotto il ROM articolare (emilato dx>sn), ridotto il trofismo muscolare; reazione sinoviale ginocchio destro; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione, per cui necessita di minima assistenza/supervisione.

Torre del Greco, 02-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

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

Si effettua in data odierna l'incontro con il paziente che ha ripreso il percorso terapeutico dopo un periodo di interruzione .

Appare al colloquio collaborante e disponibile nel riferire i peggioramenti della sua condizione clinica per la sospensione delle terapie .

Presenta diagnosi di artrite reumatoide , discretamente autonomo conduce una vita sociale e lavorativa appagante .

Il contesto familiare è presente , padre di tre figli di cui 2 risiedono all'estero mentre l'ultimogenita vive ancora in famiglia .

La condizione economica è sufficiente .

Torre del Greco,02-01-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Quirola Alba

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE****RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco, 02-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**MOTRICITY INDEX**

Arto superiore destro	Punteggio						
	Pres 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: 83 /100							

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Pres 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: 83 /100							

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

Torre del Greco, 02-01-2024

**PAZIENTE:**

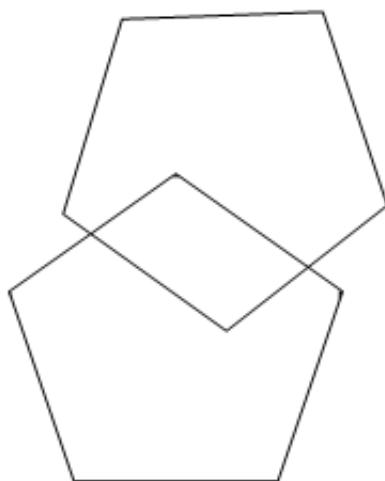
Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**Mini Mental State Evaluation (M.M.S.E.)**

Test somministrabile SI NO

QUESITO	PUNTEGGIO
In che anno siamo? (0-1)	1
In che stagione siamo? (0-1)	1
In che mese siamo? (0-1)	1
Mi dica la data di oggi? (0-1)	1
Che giorno della settimana è oggi? (0-1)	1
Mi dica in che nazione siamo? (0-1)	1
In quale Regione italiana siamo? (0-1)	1
In quale città ci troviamo? (0-1)	1
A che piano siamo? (0-1)	1
Far ripetere: "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio. Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max 6 volte (0-3)	1
Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte: - 93 - 86 - 79 - 72 - 65. Se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola: MONDO: O- D - N - O - M - (0-5)	1
Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti (0-3)	1
Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirne il nome (0-2)	1
Ripeta questa frase: "tigre contro tigre" (0-1)	1
Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi e lo metta sul tavolo (0-3)	1
Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio (chiuda gli occhi) (0-1)	1
Scriva una frase (deve ottenere soggetto e verbo) (0-1)	1
Copi questo disegno (pentagoni intrecciati)* (0-1)	1
Punteggio Totale	
Punteggio totale corretto per età e scolarità**	
Punteggio massimo totale = 30	

\* Disegno:



\*\*Coeffienti di aggiustamento del MMSE per classi di età ed educazione nella popolazione italiana.

Intervallo di età	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89
<i>Anni di Scolarizzazione</i>					
<b>0 - 4 anni</b>	<b>+0,4</b>	<b>+0,7</b>	<b>+1,0</b>	<b>+1,5</b>	<b>+2,2</b>
5 - 7 anni	-1,1	-0,7	-0,3	+0,4	+1,4
<b>8 - 12 anni</b>	<b>-2,0</b>	<b>-1,6</b>	<b>-1,0</b>	<b>-0,3</b>	<b>+0,8</b>
13 - 17 anni	-2,8	-2,3	-1,7	-0,9	+0,3

Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato.

Torre del Greco, 02-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
<b>Totale (0-100)</b>	<b>80</b>

Torre del Greco, 02-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	06 b720.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	180

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

--

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

Torre del Greco, 08-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

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

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

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

Torre del Greco, 08-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Artrite Reumatoide, ridotto il ROM dei 4 arti (emilato dx>sn), ridotto trofismo e forza muscolare (AASS>AAII), edema ginocchio destro da esiti di meniscectomia; rigidità articolare mattutina e contrattura muscolare paravertebrale; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie.

Torre del Greco, 08-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**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, 08-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
<b>Totale (0-100)</b>	<b>80</b>

Torre del Greco, 08-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI**
**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI**
**MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Artrite Reumatoide		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Artrite Reumatoide		

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

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

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

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

Torre del Greco, 08-07-2024

## SCHEDA SOCIALE

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

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963 (61 anni)	Cartella Clinica n.	7017
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	attività di patronato	Telefono	0818832954
È seguito dal servizio sociale di	no		

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

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

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	De Rosa	Nome	Bianca
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3387449279
2)Cognome			
Rapporto di parentela			
Comune di residenza			
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Asente		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	3		
Composto da	utente e 3 figli.		

## Situazione abitativa:

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

## Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti (2 F - 1M) 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 Assegno ordinario di invalidità AIO 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 di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Migliorabile 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo  Il sig. Pasquale è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale

Torre del Greco, 25-07-2024

### ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	06  b730.1
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.1.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare equilibrio e deambulazione
Migliorare tolleranza allo sforzo

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	180

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

--

Data	09-01-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 09-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

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

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare equilibrio e deambulazione
- Migliorare tolleranza allo sforzo

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Mobilizzazione attiva e passiva
- 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, 09-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Artrite Reumatoide, ridotto ROM articolare (emilato dx>sn, AAII>AASS), ridotto trofismo e forza muscolare; descritte difficoltà di equilibrio con cadute e ridotta tolleranza allo sforzo; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 09-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**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, 09-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
<b>Totale (0-100)</b>	<b>80</b>

Torre del Greco, 09-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI**
**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI**
**MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Artrite Reumatoide		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Artrite Reumatoide		

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

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

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

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

Torre del Greco, 09-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Utente:** Gaudino Pasquale**Data del colloquio:** 22 Aprile 2025**Partecipanti:** Gaudino Pasquale**Intervento riabilitativo in atto:** Rieducazione neuromotoria (2 sedute settimanali)**Quadro clinico e osservazioni generali**

Il Signor Gaudino Pasquale, 62 anni, è affetto da *artrite reumatoide*, con diagnosi risalente a circa 43 anni fa. Si presenta in buone condizioni igieniche e curato nell'aspetto. Collocato nel tempo e nello spazio, risponde con lessico fluido e lucidità agli stimoli posti, dimostrando buona consapevolezza della propria condizione clinica e capacità di ricostruzione della propria routine quotidiana.

Nonostante le difficoltà motorie legate alla patologia, mantiene un buon livello di autonomia personale. L'umore risulta positivo.

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

**Contesto familiare e sociale**

Il paziente vive con la moglie e i tre figli, in un contesto familiare sereno e collaborativo. La rete familiare è stabile e presente, rappresentando un importante supporto per la gestione quotidiana.

Il nucleo si sostiene economicamente grazie al reddito del paziente, che esercita la professione di *perito agrario*.

Torre del Greco, 22-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	GAUDINO	Nome	PASQUALE
Data di nascita	07-05-1963	Cartella Clinica n.	7017

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

Al colloquio è presente Gaudino Pasquale (62 anni) con diagnosi di artrite reumatoide da circa 43 anni.

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

Orientato nel tempo e nello spazio, eloquio fluente.

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

Buona rete familiare.

Non si rivela disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 22-04-2025

**CASE MANAGER**  
dott.  
VISCIANO RAFFAELE