

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

Paziente allettata con insufficienza respiratoria è tetra paresi. Riduzione dei rom alle anche ( dx>sn) ; all'anca destra esiti di dispaiai.

Necessita di assistenza nei passaggi postura li.

Impossibile la stazione eretta

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi test allegati

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Si eseguono esercizi di mobilizzazione A/ P, esercizi respiratori, esercizi per il controllo del tronco in posizione seduta.

<b>Data:</b>	24/10/2022
--------------	------------

Torre del Greco, 24-10-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	Mantenimento abilità residue	SI	P.R.	NO
2	Migliorare rom	SI	P.R.	NO
3	Migliorare trofismo forza muscolare	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:**

La paziente è allettata con impossibilità sia alla stazione eretta che alla deambulazione; grave limitazione articolare anca destra per disparità e artrosi. Insufficienza respiratoria

<b>Data:</b>	22/12/2022
--------------	------------

Torre del Greco, 22-12-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839
Luogo		TORRE DEL GRECO	
Stato civile	Vedova	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	Pensionata	Telefono	3312398448
È seguito dal servizio sociale di		no	

**SCHEDA SOCIALE**

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

**L'utente e/o il familiare riferisce:**

Pensione	SI	NO
Invalità civile	SI	100% NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO Non ricorda e non mostra documentazione
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	Cervasio	Nome	Rosario
Rapporto di parentela		figlio	
Comune di residenza	Livorno		
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela		sorella	
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela		Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione	
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare		1	
Composto da		utente	

**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 sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti (2 figli che vivono In un'altra 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?	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 (saltuaria) 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 Pannoloni e traverse (fornitura Asl non sufficiente)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno sostitutivo di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo  La signora è sottoposta al trattamento abilitativo bisettimanale.

Torre del Greco, 21-02-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

Migliaccio Concetta, 83 anni, è sottoposta a trattamento abilitativo bisettimanale. La signora è vedova, trascorre tutto il suo tempo a letto e vive con una badante che si occupa di assisterla nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Al momento del colloquio, in data 21/02/2023 appare orientata nello spazio e nella persona ma soltanto parzialmente nel tempo (non riesce a ricordare l'anno corrente). Non sono presenti alterazioni del sonno ad eccezione di saltuari risvegli. Regolare l'appetito. Riferite oscillazioni del tono dell'umore.

Torre del Greco, 22-02-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio. Ridotto trofismo e forza dei quattro arti. Necessita di assistenza nei passaggi posturali e nell'esecuzione delle principali autonomie. Paziente non deambulante.

Torre del Greco, 23-02-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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)	5

Torre del Greco, 23-02-2023



**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.3
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:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

**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	28-05-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,28-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente affetta da Tetraparesi; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare autonomie

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Riduzione ipertono

**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,28-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da tetraparesi spastica; in O2 terapia al bisogno; rigidità articolare; ridotto il ROM, il trofismo e la forza muscolare; allettata, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 28-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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, 28-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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)	5

Torre del Greco, 28-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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# Tetraparesi		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Tetraparesi		

**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,28-05-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi; Insufficienza Respiratoria
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.3
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:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

**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	10-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,10-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente affetta da Tetraparesi; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare autonomie

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Riduzione ipertono

**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,10-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da tetraparesi, allettata, in O2 terapia al bisogno; ridotto ROM e rigidità articolare, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 10-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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, 10-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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)	5

Torre del Greco, 10-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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# Tetraparesi; Insufficienza respiratoria		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Tetraparesi; Insufficienza Respiratoria		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,10-10-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

In data 11/02/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione della Signora Migliacci.

**Osservazioni emerse**

Al colloquio erano presenti la signora in carico e la badante, presente h24, la quale è divenuta un punto di riferimento stabile e parte integrante della famiglia.

La signora si presenta vigile e attenta, risponde adeguatamente alle domande e riesce a ricostruire i vari passaggi della sua vita. Riferisce di avere due figli, entrambi residenti in un'altra regione, e manifesta un senso di solitudine, dovuto in particolare alla sua condizione motoria, che le impedisce la deambulazione e la costringe a rimanere allettata.

L'abitazione appare curata, pulita e adeguata alle condizioni dell'anziana.

Torre del Greco, 17-02-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

La sig. Migliaccio si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene. Vive con la badante.  
Eloquio organizzato e coerente. Vigile, collaborante e orientata nel tempo e nello spazio.

Torre del Greco, 17-02-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi; Insufficienza Respiratoria
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.3
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:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare tolleranza allo sforzo

**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	20-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,20-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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 tetraparesi, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare tolleranza allo sforzo

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Miglioramento tolleranza allo sforzo

**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,20-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Tetraparesi e insufficienza respiratoria, in O2 terapia al bisogno; allettata, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 20-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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, 20-02-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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)	5

Torre del Greco, 20-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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# Tetraparesi; Insufficienza respiratoria		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Tetraparesi; Insufficienza respiratoria		

**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
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,20-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi; Insufficienza Respiratoria
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.3
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:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

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

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

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

--

Data	30-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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 Tetraparesi; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Esecuzione di passaggi posturali

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

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

Torre del Greco,30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Tetraparesi ed Insufficienza Respiratoria in O2 terapia al bisogno; allettata, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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,30-05-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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)	5

Torre del Greco,30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MIGLIACCIO	Nome	CONCETTA
Data di nascita	18-11-1939	Cartella Clinica n.	4839

**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# tetraparesi Spastica; Insufficienza respiratoria		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Tetraparesi Spastica; Insufficienza Respiratoria		

**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
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,30-05-2025