

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

Sorrentino Salvatrice, 74 anni, "paziente con artrite reumatoide con difficoltà deambulatorie e nelle autonomie" é sottoposta a trattamento riabilitativo bisettimanale. La signora, al momento del colloquio, avvenuto in data 30/05/2023 appare orientata nel tempo, nello spazio e nella persona. Salvatrice vive da sola, ma può contare sul supporto fornito dai figli, che la aiutano nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e di un operatore assunto privatamente, che si occupa della pulizia della casa. Si sposta all'interno della propria abitazione tramite l'ausilio di un deambulatore. Utilizza presidi per l'incontinenza. L'umore appare normale. Riferite alterazioni del ritmo sonno-veglia con frequenti risvegli durante la notte riconducibili ai dolori lamentati. L'appetito appare lievemente diminuito

Torre del Greco, 31-05-2023

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	28-06-2023
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	vedova	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionata	Telefono	3487296768
È seguito dal servizio sociale di	no		

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

Pensione	SI NO
Invalità civile	SI 100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO non ricorda articolo e comma

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Di Luca	Nome	Errico
Rapporto di parentela	figlio		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Telefono	
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	01		
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) piano rialzato senza ascensore 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 m. e 1 f.) 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) nessun servizio
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 collaboratrice domestica Altro (specificare)

## Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale o di invalidità Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di reversibilità 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 utente sottoposta a trattamento bisettimanale 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

L'utente fa uso di sedia a rotelle e deambulatore con prescrizione Asl .

Pannoloni e bastone acquistati autonomamente. Sono state fornite indicazioni per ottenere i pannoloni con prescrizione asl.

Torre del Greco, 28-06-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Quirola Alba

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

Pz, con problematiche artritiche maggiormente presenti agli arti inferiori. Presenta evidente disassiamiento femore tibiale sn. penalizzante nelle varie posture e soprattutto in deambulazione, quest'ultima avviene con ausili (deambulatore). Dipendente in diverse attività della vita quotidiana.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Test di Barthel; MRC scale; Test Tinetti

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Incrementare le possibilità di autonomia nelle ADL e IADL.

<b>Data:</b>	26/05/2024
--------------	------------

Torre del Greco, 27-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

- 1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa.

Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

- 2) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza.

Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in qui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento.

Torre del Greco,15-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

Salvatrice, 76 anni, é sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapeuta che pratica il trattamento.

L'utente vive da sola, vi è la presenza di una badante che non coabita con la paziente e che la supporta nelle attività di vita quotidiana.

Orientamento circa la possibilità di richiedere Pannoloni tramite Asl di residenza.

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

Torre del Greco,07-11-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia



**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

La pz. presenta sintomatologia dolorosa diffusa ad eziologia artrosica degenerativa ed artritica in diversi distretti osteoarticolari. Limitazioni del normale range presenti ai distretti di spalle, arti inferiori e tronco che determinano uno scarso grado di autonomia nelle adl e iadl.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Test di barthel, test Tinetti.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare il grado di autonomia nelle varie adl e iadl, favorendo la possibilità di far svolgere in parziale autonomia alla pz. alcuni dei passaggi posturali previsti nell'arco della giornata. A tal scopo suggerire ausili e accorgimenti necessari che incentivano la paziente ad eseguire con relativa facilità i passaggi posturali quando necessario.

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

<b>Data:</b>	14/11/2024
--------------	------------

Torre del Greco, 14-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide; CVC
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, 04 B720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d4500.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare passaggi posturali
Migliorare deambulazione

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

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

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

--

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

Torre del Greco,21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

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

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare passaggi posturali  
Migliorare deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Esecuzione di passaggi posturali  
Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

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

Torre del Greco,21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Artrite Reumatoide, ridotto il ROM dei 4 arti (spalle e mani in particolar modo), ridotta forza e trofismo muscolare; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

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

Torre del Greco, 21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

**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)	60

Torre del Greco, 21-11-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

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

**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,21-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	06 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d2100.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare passaggi posturali
Migliorare deambulazione

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

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

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

--

Data	01-04-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

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

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare passaggi posturali  
Migliorare equilibrio e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
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,01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Artrite Reumatoide, ridotto il ROM dei 4 arti (spalla destra particolarmente), ridotto trofismo e forza muscolare, deambulazione con girello, difficoltà nei movimenti fini; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

**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,01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

**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)	60

Torre del Greco,01-04-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

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

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

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,01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Paziente:** Sorrentino Salvatrice**Data:** 20/05/2025**Partecipanti:** Signora Sorrentino Salvatrice**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuromotoria (2 volte a settimana)**Diagnosi:** Artrite Reumatoide**Osservazioni emerse**

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

La paziente, di 77 anni, si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile, attenta e pienamente collaborativa, in grado di ricostruire con chiarezza e coerenza il proprio vissuto storico e clinico, senza evidenza di deficit cognitivi.

L'abitazione risulta pulita, ordinata e strutturata in modo da rispondere adeguatamente alle esigenze della signora, con spazi ampi che favoriscono la mobilità.

Dal punto di vista motorio, si evidenziano importanti difficoltà nella deambulazione che compromettono l'autonomia personale. La signora fa uso di ausili, nello specifico girello per la deambulazione e pannoloni durante le ore notturne.

Dal punto di vista economico, il nucleo familiare si sostiene grazie a:

- pensione di invalidità con indennità di accompagnamento,
- pensione di reversibilità del marito defunto,
- pensione da ex collaboratrice scolastica della paziente.

La rete sociale risulta solida: la signora è supportata dai tre figli, tutti residenti nelle vicinanze; si segnala che una delle figlie è anch'essa affetta da artrite. Nelle attività quotidiane di gestione domestica, la paziente è coadiuvata da una collaboratrice domestica presente durante il giorno.

Torre del Greco, 20-05-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703

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

Al colloquio è presente Sorrentino Salvatrice (77 anni), con diagnosi di artrosi.

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

Buono il rapporto tra livello cognitivo ed emotivo, livello motorio compromesso dalla patologia (non autosufficiente).

Appetito e sonno nella norma.

Orientata nel tempo e nello spazio, eloquio fluente.

Ottima rete familiare.

Non si riscontra disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 20-05-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

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

### PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	SALVATRICE
Data di nascita	12-08-1948	Cartella Clinica n.	7703
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	3487296768
È seguito dal servizio sociale di			

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

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

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	di Luca	Nome	Enrichetta
Rapporto di parentela	Figlia		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	1		
Composto da	La paziente		

**Situazione abitativa:**

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

**Situazione socio-familiare:**

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare)
Per quante ore in media alla settimana?	
La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?	Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (specificare)

## Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale o di invalidità Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto 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

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 20-05-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa  
AMENO ALESSIA