

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

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

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

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

Torre del Greco, 08-09-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**MOTRICITY INDEX**

Arto superiore destro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto superiore Dx: 92 /100

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto superiore Sx: 78 /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: 91 /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: 66 /100

Torre del Greco,08-09-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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 necessità di aiuto 10=continenti	0 5
Controllo della vescica 0=incontinenti 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continenti	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
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>0</b>

Torre del Greco, 08-09-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

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

In data odierna si effettua colloquio psicologico per il caso clinico in esame.

Paziente vigile, collaborante, ben orientato nel tempo e nello spazio, disponibile al dialogo con l'esaminatore.

Racconta dei propri vissuti di vita quotidiana in maniera serena e tranquilla.

Tono dell'umore normo orientato. Si sofferma sulla sua storia familiare in particolare raccontando della figlia disabile.

Adeguata l'assistenza familiare.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Torre del Greco, 15-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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  b730.2
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:	5

**OUTCOME GLOBALE**

Migliorare e preservare le autonomie
--------------------------------------

**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
Frequenza:	1/7
Durata:	180

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

Data		Responsabile del progetto	
------	--	---------------------------	--

Torre del Greco, 20-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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; difficoltà nella deambulazione; facile stancabilità; ridotto il ROM; contrattura muscolare

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare tolleranza allo sforzo

**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,20-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato. Affetto da Artrite Reumatoide; ridotto il ROM, il trofismo e la forza dei 4 arti; facile stancabilità; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione.

Torre del Greco, 20-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

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

Si riunisce l'equipe per rivalutare le condizioni cliniche e funzionali del paziente. Si formula il programma riabilitativo.

Torre del Greco, 20-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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>100</b>

Torre del Greco, 20-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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, 20-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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 07
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	07  b730.2
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 tolleranza allo sforzo

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	1/7
Durata:	180

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

--

Data	12-03-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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 e il trofismo muscolare, facile stancabilità.

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare forza
- Migliorare tolleranza allo sforzo

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Rinforzo muscolare
- Esercizi di equilibrio e postura

**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, 12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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 (spalle in particolar modo); ridotta la forza e il trofismo; facile stancabilità nella deambulazione e nelle attività della vita quotidiana (sollevare e trasportare oggetti, salire le scale).

Torre del Greco, 12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

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

Si riunisce l'equipe per rivalutare le condizioni cliniche e funzionali del paziente. Si formula il programma riabilitativo.

Torre del Greco, 12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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>100</b>

Torre del Greco, 12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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)			

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI
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

**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	17-09-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 17-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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 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

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, 17-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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 (spalle in particolar modo); ridotta la forza e il trofismo; facile stancabilità nella deambulazione e nelle attività della vita quotidiana (sollevare e trasportare oggetti, salire le scale).

Torre del Greco, 17-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

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

Si riunisce l'equipe per rivalutare le condizioni cliniche e funzionali del paziente. Si formula il programma riabilitativo.

Torre del Greco, 17-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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>100</b>

Torre del Greco, 17-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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
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:			
<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)			

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO

10-09-2024

### PAZIENTE:

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968 (56 anni)	Cartella Clinica n.	7423
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	TRECASE
Condizione professionale	venditore ambulante	Telefono	3332484583
È seguito dal servizio sociale di	no		

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

Pensione	SI	NO
Invalidità civile	SI	75 % NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Perna	Nome	Margherita
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3332484583
2)Cognome	Nome		
Rapporto di parentela			
Comune di residenza	Telefono		
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Nessuna tutela		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	3		
Composto da	utente, moglie e figlia (22 anni, frequenta il centro OIKOS)		

## 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: fratelli 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 (utente) Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare) figlia
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 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 terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

Il sig. Aldo riferisce a colloquio di essere supportato nelle difficoltà di vita quotidiana dalla moglie.

Effettua una prestazione riabilitativa fisioterapica monosettimanale.

Dichiara di avere un Isee alto.

Riferisce una rete familiare presente.

Torre del Greco, 01-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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  d450.1.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**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
Frequenza:	2/7
Durata:	180

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

--

Data	13-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 13-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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; ridotto ROM articolare e facile esauribilità muscolare

**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, 13-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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 (spalla sinistra in particolar modo); ridotta la forza e il trofismo; facile stancabilità nella deambulazione e nelle attività della vita quotidiana (sollevare e trasportare oggetti, salire le scale).

Torre del Greco, 13-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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, 13-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>90</b>

Torre del Greco, 13-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

**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, 13-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

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

Data: 1 Aprile 2025  
Partecipanti al colloquio: Signor Garofalo Aldo  
Intervento riabilitativo in atto: RNM (2 volte a settimana)

**Osservazioni emerse**

Garofalo Aldo, 57 anni, con diagnosi di artrite reumatoide.

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

Il paziente riferisce di aver ricevuto la diagnosi circa 11-12 anni fa, a seguito di uno sforzo eccessivo nel sollevare pesi. Nonostante la patologia, conduce una vita regolare e continua a lavorare come distributore di alimenti, sebbene con un orario ridotto per evitare sforzi fisici.

L'umore appare buono.

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

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dal paziente, dalla moglie e da una figlia di 22 anni con disabilità.

La famiglia si sostiene economicamente grazie al reddito lavorativo del Signor Garofalo e alla pensione di invalidità (75%) percepita per lui.

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

Torre del Greco, 01-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423

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

Al colloquio è presente Garofalo Aldo (57 anni) con diagnosi di artrite reumatoide – IRC da circa 11 anni.

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

Orientato nel tempo e nello spazio, eloquio fluente, buona la narrazione.

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

Non si rivela disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 01-04-2025

**CASE MANAGER**  
dott.  
VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

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

**PAZIENTE:**

Cognome	GAROFALO	Nome	ALDO
Data di nascita	30-01-1968	Cartella Clinica n.	7423
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TRECASE	Grado di istruzione	Licenza media

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

**Riferisce di essere titolare di:**

Assegno di cura	SI	NO
Indennità di frequenza	SI %	NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma	Pensione di invalidità 75%	
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza		
Trattamento riabilitativo:	Privato	Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI %	NO
Se si, indicare quali?	Figlia con disabilità	

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	Perna	Nome	Margherita
Rapporto di parentela	Moglie		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3332484583
Condizione professionale	Casalinga		
2)Cognome			
Comune di residenza			
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	3		
Composto da	Signore, moglie e figlia		
I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo?	SI	NO	

## Situazione socio-familiare:

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

## Situazione economica/assistenza e servizi

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

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco,01-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa

AMENO ALESSIA