

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	17-09-2024
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967 (57 anni)	Cartella Clinica n.	7877
Luogo	REGNO UNITO		
Stato civile	coniugata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	casalinga	Telefono	3805876461 (figlia)
È seguito dal servizio sociale di	no		

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

Pensione	SI NO
Invaliderà civile	SI 67 % NO Ricorso avviato
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO
Non ricorda art e comma e non mostra documentazione	

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Romano	Nome	Carolina
Rapporto di parentela	sorella		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3396743064
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Nessuna tutela legale		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	3		
Composto da	utente, marito e figlia		



### Situazione abitativa:

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

### Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti: 2 figlie 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, marito e figlia 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 che non coabita Medicinali Ausili vari: Pannoloni Altri costi (specificare) 2/7 FKT
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 (esce di rado) 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) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

<p>Rosalba riferisce di essere supportata nelle attività di vita quotidiana dalla sorella e da una badante.</p> <p>Orientata nel tempo e nello spazio.</p> <p>Trattamento riabilitativo: 2/7 Log e 4/7 FKT in attesa di iniziare.</p>
---

Orientamento circa la possibilità di richiedere, in caso di necessità, tramite Asl di residenza sedia a rotelle, pannoloni, letto ortopedico, montascale.

Utile monitoraggio

Torre del Greco,09-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Codice Fiscale	RMNRLB67S45Z114S
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA NAZIONALE 9	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3805876461
Data ammissione	20-09-2024	Data dimissione	

### DIAGNOSI

CODICE EMIPARESI

EVENTUALI NOTE:

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE

### ANAMNESI FISIOLOGICA:

### ANAMNESI REMOTA:

Plasmocitoma (Aprile 2024)

ANAMNESI PROSSIMA

ANAMNESI PATOLOGICA:

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

ANAMNESI RIABILITATIVA:

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Torre del Greco,11-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi dx da Plasmocitoma
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	01
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01 b735.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2.2
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 (a domicilio) + LT
Frequenza:	4/7 + 2/7
Durata:	90 - 90

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

--

Data	11-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,11-10-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

**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 emiparesi dx da Plasmocitoma; 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,11-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; emiparesi dx da craniotomia per plasmacitoma; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare emilato dx; deambulazione, passaggi posturali e autonomie effettuate con minima assistenza/supervisione; no deficit di deglutizione; difficoltà di fonazione.

Torre del Greco,11-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

**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,11-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

**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)	30

Torre del Greco,11-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi dx da Plasmocitoma
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	01
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01 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 forza
Migliorare passaggi posturali

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio) + LT
Frequenza:	4/7 + 1/7
Durata:	180 - 180

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

--

Data	29-01-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,29-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

**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 emiparesi destra da Plasmocitoma; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione
--

**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,29-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da emiparesi destra da Plasmocitoma; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare emilato dx, difficoltà nei passaggi posturali, la deambulazione, i movimenti fini, la deglutizione e la fonazione.

Torre del Greco, 29-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

**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,29-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

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

Paziente con emiparesi destra da plasmocitoma. Deficit dell'equilibrio dinamico e della deambulazione. Deficit di trofismi e forza muscolare. Ipertono marcato al braccio destro con atteggiamento in intrarotazione della spalla e flessione gomito. Deficit movimenti mano destra. Ipertono minore alla gamba destra. Rom limitato alla caviglia destra per pregressa frattura.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi allegati

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Mobilizzazione passiva emilato destro per conservare i Rom ed evitare retrazioni. Esercizi attivi per gli arti sup e inf destro. Training deambulatorio. Esercizi di rinforzo muscolare

**Data:**

Torre del Greco,29-01-2025

**TERAPISTA**

Dott.  
GALASSO GIOACCHINO

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

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

Torre del Greco,29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

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: 0 /100							

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto superiore Sx: 99 /100							

Arto inferiore destro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33
Punteggio totale arto inferiore Dx: 80 /100							

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

Torre del Greco,29-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

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)	40

Torre del Greco,29-01-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ROMANO	Nome	ROSALBA
Data di nascita	05-11-1967	Cartella Clinica n.	7877

**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# Emiparesi destra da Plasmocitoma		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi destra da Plasmocitoma		

**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 (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco,29-01-2025