

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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, 14-02-2024

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

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Codice Fiscale	CLNFNC88T25F839L
Comune Residenza	ERCOLANO	Provincia	NA
Indirizzo	via g.d'annunzio	CAP	80056
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	
Data ammissione	30-07-2023	Data dimissione	

**DIAGNOSI**

CODICE sclerosi multlipa

03

EVENTUALI NOTE:

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

n.d.s

**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, 26-02-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sclerosi Multipla
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU01 Malattia neurologica (NEU)-sclerosi multipla 03
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

Contrastare progressione patologia	
------------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	14-02-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 26-02-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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 Sclerosi Multipla; lievi difficoltà di equilibrio e deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare forza  
Migliorare equilibrio  
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Rinforzo muscolare  
Esercizi di equilibrio  
Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

## TEMPI DI VERIFICA:

A termine

## RISULTATO

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

Torre del Greco, 26-02-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Sclerosi Multipla; buono il ROM dei 4 arti, lieve deficit di forza e sensibilità emilato destro, rispetto al controlaterale; discreto il trofismo muscolare; buona l'esecuzione di passaggi posturali e passaggi punta-tallone, eseguiti in autonomia. Lievi difficoltà di equilibrio e deambulazione.

Torre del Greco, 26-02-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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: 99 /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: 99 /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, 26-02-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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, 26-02-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

## **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# Slerosi Multipla		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Sclerosi Multipla		

**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	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sclerosi Multipla
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU01 Malattia neurologica (NEU)-sclerosi multipla
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03  b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

Contrastare la progressione della patologia	
---------------------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	26-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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 Sclerosi multipla; presenta lievi difficoltà di equilibrio e deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare forza
- Migliorare passaggi posturali
- Migliorare equilibrio e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Rinforzo muscolare
- Esercizi di equilibrio
- Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

## TEMPI DI VERIFICA:

A termine

## RISULTATO

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

Torre del Greco, 26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Sclerosi Multipla, buono il ROM dei 4 arti, buono il trofismo muscolare; lieve deficit di forza e sensibilità emilato destro, nel confronto con il controlaterale; effettua in autonomia i passaggi posturali e i passaggi punta-tallone; lievi difficoltà di equilibrio e deambulazione; descritta lieve fatica muscolare sul finire della giornata.

Torre del Greco, 26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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, 26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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, 26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

## **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# Sclerosi Multipla		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Sclerosi Multipla		

**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, 26-07-2024

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO

30-10-2024

### PAZIENTE:

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988 (35 anni)	Cartella Clinica n.	7770
Luogo	NAPOLI		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	ERCOLANO
Condizione professionale	commerciano	Telefono	3397424747
È seguito dal servizio sociale di	no		

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

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

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Iacomino	Nome	Roberta
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Ercolano	Telefono	3397424747
2)Cognome			
Rapporto di parentela			
Comune di residenza			
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Nessuna tutela legale		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, moglie e 2 figli (7 a- 2 a.)		

## 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 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 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. Francesco è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale.

Torre del Greco, 30-10-2024

### ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sclerosi Multipla
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU01 Malattia neurologica (NEU)-sclerosi multipla
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03  b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

Contrastare progressione della patologia	
------------------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	06-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 06-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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 Sclerosi Multipla, ridotta tolleranza allo sforzo e difficoltà di equilibrio

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare forza
- Migliorare equilibrio
- Migliorare deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Rinforzo muscolare
- Esercizi di equilibrio
- Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

## TEMPI DI VERIFICA:

A termine

## RISULTATO

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

Torre del Greco, 06-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Sclerosi Multipla, buono il ROM dei 4 arti, buono il trofismo muscolare; lieve deficit di forza e sensibilità emilato destro, buona l'esecuzione dei passaggi posturali e dei passaggi punta-tallone; descritte lievi difficoltà di equilibrio e deambulazione, con fatica muscolare sul finire della giornata.

Torre del Greco, 06-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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, 06-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

**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, 06-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

## **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# Sclerosi Multipla		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Sclerosi Multipla		

**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	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

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

Data: 1 Aprile 2025

Partecipanti al colloquio: Signor Colantuono Francesco

Intervento riabilitativo in atto: RNM (3 volte a settimana)

**Osservazioni emerse**

Colantuono Francesco, 36 anni, con diagnosi di Sclerosi Multipla.

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 adeguatamente agli stimoli forniti e di ricostruire la propria routine quotidiana.

Il paziente riferisce di aver ricevuto la diagnosi circa due anni fa e di aver avuto difficoltà nell'accettarla, superando tale fase grazie al supporto della famiglia.

Nonostante la diagnosi, riesce a vivere una vita regolare, mantenendo un'attività lavorativa con ritmi frenetici. 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 due figli minori.

La famiglia si sostiene economicamente grazie ai proventi delle due attività commerciali di cui il paziente si occupa.

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

Torre del Greco, 01-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770

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

Al colloquio è presente Colantuono Francesco (36 anni) con diagnosi di sclerosi multipla nell'anno 2023.

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

Dopo un anno di accettazione della patologia, ad oggi si presenta 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

<b>DATA 1° COLLOQUIO</b>	01-04-2025
--------------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	COLANTUONO	Nome	FRANCESCO
Data di nascita	25-12-1988	Cartella Clinica n.	7770
Luogo	NAPOLI		
Comune di residenza	ERCOLANO	Grado di istruzione	Licenzia 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		
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 sì, indicare quali?		

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Iacomino	Nome	Roberta
Rapporto di parentela		Moglie	
Comune di residenza	ercolano	Telefono	3397424747
Condizione professionale		commercianti	
2)Cognome		Nome	
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	Signore, moglie e due minori		
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