

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

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Codice Fiscale	TMBLCU45C16F839P
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA A. DE GASPERI,15	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3332230727
Data ammissione	22-02-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE SCLEROSI SLA

03

EVENTUALI NOTE:

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

Glaucoma

Ipertensione in trattamento farmacologico

Protesi di anca bilaterale (2009-2018)

K colon trattato con intervento chirurgico e chemioterapia (2017)

FA

ANAMNESI PROSSIMA

ANAMNESI PATOLOGICA:

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

ANAMNESI RIABILITATIVA:

Deficit di equilibrio e deambulazione

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Torre del Greco, 23-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sclerosi Laterale Amiotrofica
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 d 450.2.2
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 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	23-02-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 23-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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 SLA; necessita di assistenza per i passaggi posturali e la deambulazione.

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali e 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, 23-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Malattia del I e II motoneurone; ridotta la forza e il trofismo muscolare degli arti inferiori (flessori in particolar modo); piede destro atteggiato in equino, con importante deficit in flesso-estensione e deficit di forza (in attesa di tutore); deambulazione possibile con due bastoni; difficoltà nell'equilibrio e nei passaggi posturali.

Torre del Greco, 23-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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, 23-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO			
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837			

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: 59 /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: 75 /100							

Torre del Greco, 23-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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)	80

Torre del Greco, 23-02-2024

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO

08-05-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945 (79 anni)	Cartella Clinica n.	7837
Luogo	NAPOLI		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	ex responsabile assistente di volo	Telefono	3356950192
È seguito dal servizio sociale di	No		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invalidità civile	SI 100% NO
Indennità di accompagnamento	SI NO Ricorso in atto
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO
Art. 3 comma 3	

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	De Rosa	Nome	Teresa
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3332230727
2)Cognome	Nome		
Rapporto di parentela			
Comune di residenza	Telefono		
3)Tutela	Nessuna tutela Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	Utente e moglie		

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: cognata 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) Collaboratrice domestica saltuariamente

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) Fisioterapia privata in precedenza
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 Orientamento Esenzione dal pagamento del bollo auto Orientamento Parcheggio riservato - Contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Bonus sociali utenze: Tari Orientamernto 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 Sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale

Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con il sig. Lucio e la moglie, la quale riferisce di supportare il marito in tutte le

attività di vita quotidiana.

L'utente riferisce di trascorrere le sue giornate con la lettura.

Ausili/presidi utilizzati, forniti dalla Asl di residenza sono: stampelle e tutore piede dx.

Torre del Greco, 08-05-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia del I e II motoneurone
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 d450.2.2
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 forza
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	12-08-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 12-08-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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 SLA; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare forza
- Migliorare equilibrio
- Migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

- Rinforzo muscolare
- 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, 12-08-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Malattia del I e II motoneurone; ridotto il ROM caviglia destra (utilizzo di tutore), ridotto trofismo e forza muscolare (AAII>AASS); deambulazione con singola stampella; descritta rapida esauribilità muscolare e difficoltà di deglutizione ai cibi solidi; ridotta la sensibilità (regine sotto rotulea); necessita di assistenza per i passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie.

Torre del Greco, 12-08-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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, 12-08-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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)	75

Torre del Greco, 12-08-2024

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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# Malattia I e II motoneurone		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Malattia I e II motoneurone		

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)			

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sclerosi laterale amiotrofica
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 d450.2.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

Contrastare progressione 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	28-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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 Laterale Amiotrofica; difficoltà di equilibrio e deambulazione

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, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, affetto da SLA; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare (AAII>AASS), deambulazione con due stampelle, difficoltà di equilibrio e deambulazioni; descritte astenia in particolar modo pomeridiana-serale; necessita di assistenza per le principali autonomie.

Torre del Greco, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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)	65

Torre del Greco, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

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# Sclerosi Laterale Amiotrofica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Sclerosi Laterale Amiotrofica		

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, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 08 Giugno 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Tamborrino Lucio, Signora De rosa Teresa**Intervento riabilitativo in atto:** Rnm (3 settimanali)**Osservazioni emerse:**

Tamborrino Lucio , 80 anni, SLA.

In data 09 / 06/ 25 si effettua visita colloquio conoscitivo con il Signor Tamborrino alla presenza della moglie De rosa Teresa.

Il Signore si presenta curato nell'igiene e nell'ordine, ben collocato nello spazio e nel tempo.

In grado di rispondere agli stimoli forniti, e di ricostruire la propria routine quotidiana.

Il Signore riferisce di aver ricevuto la diagnosi nel 2023 a seguito di problematiche ai piede che hanno portato a diversi ricoveri.

Umore altalenante, è stato richiesto supporto psicologico.

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

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dal paziente e dalla moglie.

Il nucleo familiare si sostiene economicamente grazie al reddito pensionistico del paziente e della moglie.

Invalidità riconosciuta al 100 %, in atto ricorso per l'accompagnamento.

La moglie è il caregiver del Signor Tamborrino, si occupa esclusivamente lei della cura e del supporto del paziente.

Riferita rete sufficiente.

Torre del Greco, 09-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	TAMBORRINO	Nome	LUCIO
Data di nascita	16-03-1945	Cartella Clinica n.	7837

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Tamburrino Lucio (80 anni) con diagnosi di SLA.

Inoltre è presente la moglie, principale caregiver.

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

Orientato nel tempo e nello spazio, con tono dell'umore medio-basso.

Buono il rapporto tra il livello cognitivo ed emotivo. Si evidenziano difficoltà motorie, tipiche della condizione clinica.

Sufficiente la rete sociale e familiare.

Torre del Greco, 10-06-2025

CASE MANAGER
dott.
VISCIANO RAFFAELE