

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

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

La paziente appare orientata nel tempo e nello spazio, buona la cura di sé stessa e dell' ambiente circostante in cui vive, madre di cinque figli due dei quali avuti da un precedente matrimonio, attualmente convive con un compagno da ventisette anni da cui ha avuto tre figli, compagno allegato per gravi patologie.

La paziente riferisce di avere ad oggi difficoltà deambulatorie, visibilmente evidenti, riferisce inoltre di aver avuto in passato più volte necessità di assumere psicofarmaci situazione depressiva che ha previsto anche un ricovero della stessa.

La stessa appare ad oggi particolarmente preoccupata per la situazione dei figli, due dei quali con lei conviventi nonché per il convivente date le sue sopravvenute difficoltà personali psico/fisiche non riesce più ad accudire quest' ultimo.

La Perrella mostra ancora presenti tratti depressivi, conseguenza anche dell' attuale inattività a cui e' costretta. Assume psicofarmaci ansiolitici al bisogno.

Torre del Greco, 06-03-2024

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
ESPOSITO FABIOLA

## SCHEDA SOCIALE

<b>DATA 1° COLLOQUIO</b>	06-03-2024
--------------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957 (66 anni)	Cartella Clinica n.	7831
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	convivente	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	ex addetta alle pulizie	Telefono	3495672230
È seguito dal servizio sociale di	no		

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

Pensione	SI	NO
Invalidità civile	SI	NO Visita medica in data 12/04/24
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO
Non mostra documentazione		

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Militti	Nome	Iolanda
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3478446187
2)Cognome			
Rapporto di parentela			
Comune di residenza			
3)Tutela	Nessuna tutela Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, compagno con invalidità al 100%, 2 figli		

## 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 Ascensore piano rialzato (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: 5 figli (3 M - 2 F) Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale): attiva per il compagno 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 Fkt in precedenza Badante che non coabita Altro (specificare) Collaboratrice domestica

## Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro: figli Pensione da lavoro Pensione sociale o di invalidità Pensione di reversibilità: primo marito deceduto Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare) Naspi
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: pannolini 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: compagno 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 Orientamento contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Orientamento 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) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
	Sottoposto a trattamento riabilitativo trisettimanale

## Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con la sig.ra Maria, la quale si presenta con umore deflesso conseguenza anche dell' attuale inattività a cui e' costretta. In precedenza la signora ha effettuato un percorso di psicoterapia tramite l'Asl di residenza; orientamento circa la possibilità di effettuare domanda per il bonus psicologico dal 18 marzo 2024.

La signora ha difficoltà a deambulare e si sposta in casa grazie all'ausilio di un deambulatore. Riferisce di attendere la visita neurologica per la richiesta di ausili (pannolini) dall'Asl.

Il caso resta in osservazione.

Torre del Greco, 06-03-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Paraparesi da mielite trasversa
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):	04  b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.3.3
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 equilibrio e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	90

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

--

Data	16-05-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 16-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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 esiti di mielite; parestesie AAll; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare forza
- Migliorare equilibrio e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

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

**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, 16-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da mielite; deficit di equilibrio e sensibilità AAII; deambulazione con girello, deficit di sensibilità dalla vita in giù; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; ipersensibilità tattile e nocicettiva AAII.

Torre del Greco, 16-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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, 16-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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>70</b>

Torre del Greco, 16-05-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

## **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# Mielite		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Mielite		

#### **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	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di mielopatia trasversa
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):	04 b730.2
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:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	120

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

Data	30-08-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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 esiti di mielite trasversa; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare equilibrio e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva+  
Rinforzo muscolare  
Esercizi di equilibrio

**OPERATORI:**

TDR

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

## TEMPI DI VERIFICA:

A termine

## RISULTATO

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

Torre del Greco, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da esiti di mielite trasversa; ridotto il ROM, il trofismo e la forza muscolare (AAII>AASS), parestesie AAII, deambulazione con girello; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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>55</b>

Torre del Greco, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

## **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# Esiti di mielite trasversa		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di mielite trasversa		

#### **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, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

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

Data visita: 25/02/2025

Luogo: Via S. Giovanni Battista, Torre del Greco

In data odierna, è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione della Signora Perrella Maria. L'abitazione si presenta ordinata, pulita e ben curata, con spazi ampi che garantiscono un ambiente confortevole.

La Signora Perrella appare in buone condizioni di igiene e si mostra lucida, rispondendo adeguatamente alle domande poste. Tuttavia, la paziente riferisce di avere difficoltà significative nella deambulazione, motivo per cui necessita dell'ausilio di un girello per effettuare i pochi movimenti che riesce a compiere autonomamente.

La Signora ha riferito che circa un anno e mezzo fa le è stata diagnosticata una mielite, una condizione che ha influito negativamente sulla sua mobilità. Inoltre, solo pochi mesi fa ha subito un intervento chirurgico per la rimozione di un carcinoma mammario, per cui è attualmente in trattamento con cicli di radioterapia.

La paziente vive con il compagno e due figli (un figlio e una figlia). In casa, usufruisce dell'assistenza di una collaboratrice domestica che la supporta nella gestione delle attività quotidiane e nella cura della persona, oltre alla gestione della casa.

Torre del Greco, 25-02-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

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

Diagnosi di Mielite, operata al tumore al seno a fine novembre. Attualmente in radioterapia.

La paziente si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene.

Orientata nel tempo e nello spazio, eloquio fluente, buona narrazione.

Vive con il compagno (malato gravemente, allettato) e con il figlio (45 anni) e la figlia (47 anni).

Tono dell'umore leggermente deflesso con sintomatologia ansiosa, causato dalla condizione di malattia e dalle diverse problematiche familiari.

Buono il rapporto tra livello cognitivo ed emotivo.

Non si rileva disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 25-02-2025

**CASE MANAGER**  
dott.  
VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	26-02-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	3495672230
È seguito dal servizio sociale di			

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

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

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Militti	Nome	Giuseppe
Rapporto di parentela	figlio		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3341795284
2)Cognome			
Rapporto di parentela			
Comune di residenza			
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	Paziente, compagno, due figli		

## 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 e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 26-02-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di mielite trasversa
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):	04  b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.3.3
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 equilibrio

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	120

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

--

Data	27-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 27-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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 esiti di Mielite trasversa, difficoltà nell'equilibrio e nella 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, 27-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; esiti di mielite trasversa, con recente episodio di K mammella, ridotta forza e trofismo muscolare; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione (con girello); ridotta mobilità AAII.

Torre del Greco, 27-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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, 27-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

**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>55</b>

Torre del Greco, 27-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	MARIA
Data di nascita	09-10-1957	Cartella Clinica n.	7831

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

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	decesso del paziente
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# mielite trasversa		
DIAGNOSI DI DIMITSSIONE:	Mielite trasversa		

**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, 27-02-2025