

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

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

Versante Giuseppe, 73 anni, paziente con "tetraparesi spastica post-traumatica" è sottoposto a trattamento riabilitativo trisettimanale. Il signore vive con la moglie, che lo assiste nello svolgimento di attività di vita quotidiana grazie al supporto della figlia. Trascorre tutto il suo tempo a letto e soltanto raramente si sposta all'interno della propria abitazione e nei dintorni della stessa attraverso l'ausilio di una sedia a rotelle. Non sono lamentate alterazioni dell'appetito mentre sono riferite difficoltà ad addormentarsi, riconducibili alla presenza di sintomatologia ansiosa riferita dai familiari. Mostra oscillazioni del tono dell'umore: talvolta appare irritabile, triste e solitario mentre altre motivato ad uscire e vedere persone. Assume xanax, Rivotril 2.5 mg/mL e Haldol 2 mg/ml.

Torre del Greco, 28-02-2023

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**Responsabile Assistenza Sociale dott.ssa Mariagrazia Paone**  
**SCHEDA SOCIALE**

DATA 1° COLLOQUIO	28-02-2023
-------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	Sposato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	Pensionato	Telefono	0818825371
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
Legge 104/92	SI	NO
		Non ricorda l'Art. e il comma, non mostra documentazione

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	Petti	Nome	Rosa
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3297008771
2)Cognome	Versante	Nome	Lucia
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno 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
L'utente quale ausilio/presidio utilizza o ha utilizzato in/e fuori casa?	Sedia a rotelle Materasso Antidecubito Pannolini/traverse Letto ortopedico Tripode 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: 4 figli (3M 1F) - Rete familiare presente 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 Percorso psicologico (INAIL)
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 Indennità per inabilità permanente (INAIL) Pensione da lavoro 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 Orientamento circa i 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 Contrassegno parcheggio per disabili 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  Il sig. Versante è sottoposto a trattamento riabilitativo trisettimanale.

Torre del Greco,28-02-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi spastica da mielopatia
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
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 autonomie

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	25-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**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 tetraparesi da mielopatia cervico-dorsale; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare autonomie

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Miglioramento autonomie

**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, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da tetraparesi spastica da mielopatia; non deambulante, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; recente episodio di calcolosi vescicale, con conseguente ricovero ospedaliero.

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**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, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**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>5</b>

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**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# Mielopatia cervico-dorsale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Mielopatia cervico-dorsale		

**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' ASI competente.

Data:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi spastica da Mielopatia
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
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 autonomie

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	19-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**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 Tetraparesi spastica; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare forza
- Migliorare autonomie

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Rinforzo muscolare
- Miglioramento autonomie

**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, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da tetraparesi spastica da mielopatia; non deambulante, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**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>5</b>

Torre del Greco, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

**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# Tetraparesi Spastica da Mielopatia		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	tetraparesi Spastica da Mielopatia		

**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, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	VERSANTE	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	16-08-1949	Cartella Clinica n.	4703

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

Paziente con tetraparesi spastica. Allettato, impossibilitato a muovere gli arti inferiori. Conservata la motilità della spalle e gomito, mentre le dita delle mani sono il flessione (quasi mano chiusa). Conservato il movimento del tratto cervicale anche se limitato nei gradi estremi. Necessita di aiuto nei cambi posturali. Deficit del tronco.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

vedi allegati

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Mobilizzazione passiva globale per conservare i rom. Esercizi attivi per gli arti superiori. Esercizi per il tatto cervicale per recuperare il Rom

**Data:**

Torre del Greco, 20-03-2025

**TERAPISTA**  
Dott.  
GALASSO GIOACCHINO