

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	15-10-2024
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942 (82 anni)	Cartella Clinica n.	7883
Luogo	PORTICI		
Stato civile	vedova	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	casalinga	Telefono	3293398772
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI	NO
Invaliderà civile	SI	100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO
Art 3 comma 3		

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Del Gatto	Nome	Maria
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3293398772
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Nessuna tutela legale		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	1		
Composto da	utente		

Situazione abitativa:

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

Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti: 2 figli (1M - 1F) 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

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 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 Permessi per assistenza (figlia) 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 Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

La sig.ra M. Rosaria è supportata dalla figlia nelle attività di vita quotidiana.

Orientata nel tempo e nello spazio

E' sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale.

Utilizza i seguenti ausili/presidi: sedia a rotelle, deambulatore, traverse e slip assorbenti.

Torre del Greco,15-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Codice Fiscale	SNNMRS42S48G902F
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA CIMAGLIA 11 G	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3293398772
Data ammissione	02-10-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE STENOSI DEL CNALE VERTEBRALE

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

Diabete tipo II

Ipertensione in trattamento

Ipercolesterolemia

Tiroidectomia (2010 circa)

Intervento per stenosi lombare (2014 circa)

Descritta allergia al Coumadin

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,21-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Stenosi canale vertebrale lombare
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
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	21-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,21-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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 stenosi lombare; necessita di minima assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali

OPERATORI:

TDR

MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

TEMPI DI VERIFICA:

A termine

RISULTATO

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

Torre del Greco,21-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; esiti di intervento per stenosi lombare, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare (AAll>AASS); difficoltà di equilibrio, passaggi posturali e deambulazione (con girello), per cui necessita di minima assistenza/supervisione.

Torre del Greco,21-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta.

Torre del Greco, 21-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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, 21-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 11 Febbraio 2025**Partecipanti al colloquio:** Signora Sannino Mariarosaria**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuro-motoria**Diagnosi:** Stenosi del canale vertebrale lombare

In data 11/02/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione della signora Sannino Mariarosaria, sita in Via Cimaglia 11.

La signora, di 83 anni, si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile, attenta e perfettamente in grado di rispondere alle domande in modo chiaro, strutturando frasi complete e di senso compiuto. Dimostra inoltre un'ottima capacità di orientamento nello spazio e nel tempo.

Dal punto di vista motorio, la signora evidenzia difficoltà significative nella deambulazione, che limitano la sua capacità di uscire di casa. Tale condizione è aggravata dall'assenza di ascensore nell'edificio, situato all'ultimo piano.

L'ambiente domestico appare ordinato, pulito e adeguato alle esigenze della signora, con spazi ampi che favoriscono la mobilità.

Sul piano sociale e assistenziale, la signora dispone di una rete familiare stabile e presente. In particolare, la figlia vive nell'abitazione adiacente, fornendo un supporto costante nella gestione della casa e delle attività quotidiane.

Torre del Greco,12-02-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

La sig. Sannino all'esame clinico si presenta lucida nelle capacità cognitive.
Curata nell'aspetto.
Eloquio organizzato e coerente, tono dell'umore nella norma.

Torre del Greco,17-02-2025

CASE MANAGER

dott.
VISCIANO RAFFAELE

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Stenosi canale lombare
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
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 equilibrio
Migliorare deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	28-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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 stenosi lombare; 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	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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 intervento per stenosi del canale lombare; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare AAll, difficoltà nell'equilibrio e nella deambulazione, ridotta tolleranza allo sforzo.

Torre del Greco, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta.

Torre del Greco, 28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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,28-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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# Stenosi lombare		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Stenosi lombare		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,28-02-2025