

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	02-05-2023
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941 (80 anni)	Cartella Clinica n.	7683
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	sposata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionata	Telefono	3289544781
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	Di Cristo	Nome	Vincenza
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3456290208
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		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 marito		

**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 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 Orientamento 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 2 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 Contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare) Orientamento indennità di comunicazione
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 terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo  La Sig.ra è sottoposta a trattamento riabilitativo trisettimanale

## Osservazioni nel colloquio

Rete familiare presente.

L'utente utilizza i seguenti presidi/ausili: Pannoloni, sedia a rotelle, deambulatore e letto ortopedico.

Orientamento, per il marito invalido al 100%, di richiesta di Assegno di cura presso i S.Sociali di Torre del Greco e la CAA Comunicazione Aumentativa Alternativa presso l'Asl di residenza.

Torre del Greco,02-05-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Formisano Anna Rosa, 81 anni, é sottoposta a trattamento riabilitativo trisettimanale. Durante il colloquio, avvenuto il 2/05/2023 appare ben orientata nello spazio e nella persona mentre non riesce a ricordare la data odierna. La signora vive con il marito e un'operatrice assunta privatamente per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. Necessita di assistenza continua ma può contare sul supporto fornito dai figli. Si sposta all'interno della propria abitazione grazie all'ausilio di un deambulatore e della sedia a rotelle. Utilizza presidi per l'incontinenza. Regolare l'appetito, mentre sono riferite alterazioni del ritmo sonno-veglia con frequenti risvegli notturni causati dai dolori.

Torre del Greco,03-05-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	M. di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica 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 d450.3.3
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
Frequenza:	3/7
Durata:	120

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

--

Data	21-03-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,21-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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 affetta da Malattia di Parkinson; 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  
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,21-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da malattia di Parkinson, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotta la forza e il trofismo muscolare; deambulante con girello; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà di deglutizione (solidi>liquidi)

Torre del Greco, 21-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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, 21-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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=dependente 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=dependente 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=dependente 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)	30

Torre del Greco,21-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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# Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinson		

**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,21-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Paziente con problematiche ansiose-depressive  
Deficit deambulatorio e processi artistici scapolo omerali

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Guarda allegati

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Contenimento dei processi artistici e artrosici con mobilità attiva e passiva  
Rieducazione motoria finalizzata al recupero di una discreta escursione articolare della spalla  
Training deambulatorio, esercizi di salire e scendere le scale x miglioramento del tono muscolare ed esecuzione al passo

<b>Data:</b>	27/06/24
--------------	----------

Torre del Greco,11-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Orientata nel tempo e nello spazio, difficoltà motorie per pregresse fratture all' anca, condizione quest' ultima in fase di risoluzione ma che portano con sé un condizionamento psicologico tale, paura; da impedire alla paziente anche il minimo movimento.

Difficoltà uditive, supportato con ausili adatti .

Sostenuta da una nutrita rete familiare nonché da un'assistente alla persona

La Formisano mantiene una buona capacità di narrazione ed eloquio, manifesta un umore ed una struttura di personalità ansioso/depressione, depressione per la quale riferisce di essere in cura psicofarmacologia fin dalla giovane età.

Necessario supporto psicologico costante per un periodo non breve di tempo.

Torre del Greco,13-07-2024

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
ESPOSITO FABIOLA

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

La sig.ra Anna Rosa, quasi 83 anni, é sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapeuta che pratica il trattamento.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 09 luglio 2024, il paziente non è orientato nel tempo e nello spazio.

Percepisce indennità di accompagnamento.

Invalidità civile al 100%

L. 104/92 art 3 comma 3 - Orientamento circa la possibilità di richiedere il bonus utenze (TARI), Indennità di comunicazione e Assegno di vedovanza

L'utente deambula con difficoltà, si sposta all'interno della propria abitazione grazie l'ausilio del deambulatore.

L'utente vive con la badante (a gennaio 2024 ha perso il marito) che l'assiste nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Anna Rosa ha 2 figli (1M e 1 F), presente la rete familiare.

Torre del Greco,23-07-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia



**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinson
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):	03 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:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**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 (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	120

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

--

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

Torre del Greco,25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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 affetta da Parkinson; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**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,25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Parkinson, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare, deambulazione con girello e assistenza; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; descritte lievi difficoltà di deglutizione a solidi e liquidi.

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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)	25

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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 di Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Malattia di Parkinson		

**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,25-07-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa

. Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

2) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza.

Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in qui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento

Torre del Greco,10-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
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):	03 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 passaggi posturali

**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	04-12-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,04-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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 Parkinson, necessita di 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,04-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetta da Parkinson, ridotto ROM articolare, trofismo e forza muscolare; deambulazione con girello e assistenza; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; descritte difficoltà di deglutizione.

Torre del Greco, 04-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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,04-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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)	25

Torre del Greco, 04-12-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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 di Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Malattia di Parkinson		

**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
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,04-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**  
**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 8 Aprile 2025**Partecipanti al colloquio:** Signora Formisano Anna Rosa, Signora Di Cristo Vincenza (figlia)**Luofo:** Domicilio della paziente - Via Litoranea 164, Torre del Greco**Osservazioni emerse**

Formisano Anna Rosa, 82 anni, affetta da Malattia di Parkinson.

Durante la visita domiciliare, la paziente si è presentata curata nell'igiene personale e nell'abbigliamento. La casa si mostra in ordine e ben mantenuta. La Signora presenta difficoltà uditive che compromettono la fluidità del dialogo, nonostante l'utilizzo di un impianto acustico.

La figlia riferisce una diagnosi di depressione cronica, in trattamento farmacologico. L'umore della paziente appare tendenzialmente basso.

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

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dalla paziente e da due figli, di cui uno residente in un altro comune.

La Signora vive da sola, assistita quotidianamente da una badante convivente che si occupa della cura e della gestione domestica.

Il sostegno economico è garantito dalla pensione di invalidità e dall'indennità di accompagnamento.

È presente una buona rete familiare, stabile e attenta, in grado di fornire supporto affettivo e pratico alla paziente.

Torre del Greco,08-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Al colloquio è presente Formisano Anna Rosa (82 anni) con diagnosi di Parkinson più rottura del femore (da circa 2 anni). Inoltre, al colloquio sono presente la figlia Vincenza Di Cristo principale caregiver insieme alla badante.

Diagnosi di depressione cronica (da almeno 40 anni) con sintomatologia ansiosa, il peggioramento è avvenuto dopo il lutto del marito (da circa un anno).

La diagnosi di depressione, insieme al Parkinson e ad altre condizioni patologiche (cicatrici cerebrali a seguito di emorragia cerebrale avvenuta qualche anno fa) hanno comportato una compressione neuro cognitiva. Infatti, eloquio poco fluente.

Difficoltà di orientamento nel tempo e nello spazio. Livello motorio compromesso.

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

Tono dell'umore basso.

Torre del Greco,08-04-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	08-04-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	Vedova	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	3289544781
È seguito dal servizio sociale di			

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

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

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	di Cristo	Nome	Vincenza
Rapporto di parentela	Figlia		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3456290208
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	Signora e badante		

**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 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 terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

**Osservazioni nel colloquio**

--

Torre del Greco, 08-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa  
AMENO ALESSIA



**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
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):	03 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**

Contrastare progressione della patologia	
--	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

**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	18-04-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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 Parkinsonismo; necessita di 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,18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Malattia di Parkinson; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza per la deambulazione (girello), i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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,18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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)	20

Torre del Greco, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FORMISANO	Nome	ANNA ROSA
Data di nascita	05-08-1941	Cartella Clinica n.	7683

**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# Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinson		

**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,18-04-2025