

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data odierna si effettua la valutazione psicologica del caso clinico in esame.

Paziente vigile, collaborante, ben orientata nel tempo e nello spazio, disponibile al dialogo con l'esaminatore.

Con diagnosi di Miopatia Mitocondriale, la signora racconta della propria storia clinica, della modalità di gestione delle attività di vita quotidiana e di come affronta il tutto a livello emotivo.

Adeguatamente assistita nel contesto familiare.

Tono dell'umore normo orientato.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Continua il percorso riabilitativo come da prescrizione Asl.

Torre del Greco, 27-10-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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

La paziente presenta un quadro clinico caratterizzato da Miopatia Mitocondriale ,al colloquio odierno appare collaborante nel riferire della sua patologia e le sue limitazioni delle capacità funzionali .

Conduce uno stile di vita discretamente autonomo e un vita sociale soddisfacente , buono il tono dell' umore .

Il contesto familiare è presente .

Torre del Greco,09-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Quirola Alba

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Miopatia Mitocondriale
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):	14
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:	4

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
Frequenza:	2/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	14-12-2023	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 14-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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 miopatia mitocondriale; difficoltà di equilibrio e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliore forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali e 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, 14-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da miopatia mitocondriale; ipostenia dei 4 arti, ridotto ROM e trofismo muscolare. Difficoltà di equilibrio e deambulazione.

Torre del Greco, 14-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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: si utilizza il Protocollo S

Torre del Greco, 14-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA			
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663			

MOTRICITY INDEX

Arto superiore destro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto superiore Dx: 84 /100

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto superiore Sx: 84 /100

Arto inferiore destro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto inferiore Dx: 83 /100

Arto inferiore sinistro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto inferiore Sx: 83 /100

Torre del Greco, 14-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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, 14-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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# Miopatia mitocondriale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Miopatia mitocondriale		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

N.B.: copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

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

Torre del Greco, 14-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

SEZIONE 5B - RIUNIONI D'EQUIPE**RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INTERMEDIA:**

Paziente affetta da miopatia mitocondriale, con importante ipostenia dei 4 arti, difficoltà di equilibrio e deambulazione, ridotto trofismo muscolare e tono dei 4 arti. Sulla base della valutazione clinica effettuata e degli obiettivi del programma riabilitativo, si ritiene necessaria la continuità della FKT effettuata, al fine soprattutto di conservare un adeguato trofismo muscolare, e una buona capacità di autonomia nei passaggi posturali e nelle principali autonomie, contrastare retrazioni tendinee e deficit del ROM, sostenere il tono dell'umore.

Torre del Greco, 18-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Miopatia mitocondriale
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):	14 b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliore 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:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--



Data	23-05-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 23-05-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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 Miopatia Mitocondriale; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare forza
- Migliorare tolleranza allo sforzo
- 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, 23-05-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da miopatia mitocondriale, ridotto ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare, ridotta tolleranza allo sforzo e facile stancabilità; difficoltà di equilibrio e deambulazione; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 23-05-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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

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

Torre del Greco, 23-05-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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)	70

Torre del Greco, 23-05-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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# Miopatia Mitocondriale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Miopatia Mitocondriale		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

N.B.: copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

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

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

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Codice Fiscale	NNNMCN65D66G902H
Comune Residenza	PORTICI	Provincia	NA
Indirizzo	UNIVERSITA	CAP	80055
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	0817755248
Data ammissione	28-06-2023	Data dimissione	

DIAGNOSI CA08#**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

Genetica:	
Metab - Endocr:	Diabete tipo II diagnosticato a giugno 2024
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Torre del Greco, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Miopatia mitocondriale
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):	14
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:	4

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare tolleranza allo sforzo
Migliorare equilibrio e passaggi posturali

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

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

Torre del Greco, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare ROM
- Migliorare tolleranza allo sforzo
- Migliorare equilibrio e passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Esercizi di equilibrio
- 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, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio, affetta da miopatia mitocondriale; ridotti ROM, trofismo e forza muscolare; ridotta tolleranza allo sforzo, difficoltà di equilibrio, nei passaggi posturali e nella deambulazione, per le quali necessita di assistenza.

Torre del Greco, 10-10-2024

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO

10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965 (59 anni)	Cartella Clinica n.	7663
Luogo	PORTICI		
Stato civile	coniugata	Comune di residenza	PORTICI
Condizione professionale	casalinga	Telefono	0817755248
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI	NO
Invalidità civile	SI	50% NO Ricorso
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	3383216512
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	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?	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) 6 piano 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) 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 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 Sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale

Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con la sig.ra Incoronato, la quale riferisce di agire autonomamente nelle attività di vita quotidiana nonostante le difficoltà.

Riferisce di essere seguita presso il Centro Nemo Ospedale "Monaldi", e circa un paio d'anni fa in tale centro ha intrapreso un percorso psicologico.

Torre del Greco, 10-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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)	70

Torre del Greco, 10-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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# Miopatia mitocondriale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Miopatia mitocondriale		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

N.B.: copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

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

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Miopatia Mitocondriale
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):	14 b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

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

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
Frequenza:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	12-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 12-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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 Miopatia Mitocondriale; difficoltà nei passaggi posturali e nell'equilibrio

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esercizi di equilibrio
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, 12-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da miopatia mitocondriale, ridotto ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare, ridotta tolleranza allo sforzo e facile stancabilità; difficoltà di equilibrio e deambulazione; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 12-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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

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

Torre del Greco, 12-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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)	70

Torre del Greco, 12-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANNUNZIATA	Nome	MARIA CONSIGLIA
Data di nascita	26-04-1965	Cartella Clinica n.	7663

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# Miopatia Mitocondriale		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Miopatia Mitocondriale		

INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

N.B.: copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

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

Torre del Greco, 12-05-2025