

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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

LA PAZIENTE CON ARTRITE REUMATOIDE PRESENTA RIGIDITÀ ARTICOLARE, DOLORE E LIMITAZIONE DEI MOVIMENTI, DEFORMITÀ ARTICOLARE IN PARTICOLARE AI POLSI, GOMITI, SPALLE E CAVIGLIE.

HA SUBITO INTERVENTO DI PROTESI AL GINOCCHIO DESTRO NEL MESE DI FEBBRAIO 2022, SUCCESSIVAMENTE DOVRÀ SUBIRE LO STESSO INTERVENTO ANCHE AL GINOCCHIO SINISTRO. NON DEAMBULANTE, FACILE AFFATICABILITÀ, MANTENIMENTO DELLA POSIZIONE ERETTA PER POCHI SECONDI.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

VEDI TEST ALLEGATI

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

IL TRATTAMENTO PREVEDE ESERCIZI DI MOBILIZZAZIONE A/P ESERCIZI PER IL RINFORZO MUSCOLARE E IL MANTENIMENTO DEI ROM, ESERCIZI ATTI A FAVORIRE I CAMBI POSTURALI E LA STAZIONE ERETTA.

**Data:** 08/08/22

Torre del Greco, 08-08-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI****VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	Mantenimento abilità residue	SI	P.R.	NO
2	Migliorare tono/trofismo muscolare	SI	P.R.	NO
3	Recupero rom ginocchio destro	SI	P.R.	NO
4	Migliorare forza muscolare	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente affetta da Artrite reumatoide con esiti di protesi ginocchio destro.

Presente inoltre grave displasia anca sinistra. Impossibile la deambulazione; necessità di assistenza nei cambi posturali.

Mantiene la posizione eretta per poco tempo con appoggio.

Migliorato trofismo muscolare a ancora deficitario.

Limitazione funzionale arti superiori.

<b>Data:</b>	07/10/22
--------------	----------

Torre del Greco, 07-10-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI****VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con Artrite Reumatoide presenta grave deformità articolare in particolare a gomiti, spalle, anca sinistra. Operata di protesi ginocchio destro nei mesi scorsi e a quello sinistro nel mese di Novembre: attualmente si trova in struttura ospedaliera per percorso riabilitativo.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi test allegati.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Il trattamento prevede esercizi di rinforzo muscolare, mobilizzazione A/P, esercizi atti a favorire i passati posturali e il mantenimento della stazione eretta.

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

<b>Data:</b>	03/12/22
--------------	----------

Torre del Greco, 03-12-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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

Paziente con Artrite Reumatoide e conseguenti deformità articolari; impossibile la deambulazione ; mantiene la posizione eretta per poco tempo, necessita di assistenza nei cambi postura li,

Operata di protesi ginocchio destro nei mesi scorsi con buon recupero articolare è quello sinistro nel mese di Novembre, attualmente si trova in struttura ospedaliera per percorso riabilitativo,

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vedi test allegati

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Attualmente si trova in struttura ospedaliera per riabilitazione post intervento protesi ginocchio sinistro

<b>Data:</b>	06/12/22
--------------	----------

Torre del Greco, 06-12-2022

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	11-07-2023
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229
Luogo	TERZIGNO		
Stato civile	coniugata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionata	Telefono	3927071796
È seguito dal servizio sociale di	no		

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

Pensione	SI NO
Invalità 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	Sorrentino	Nome	Amalia
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Telefono	3927071796
2)Cognome	Sorrentino	Nome	Ciro
Rapporto di parentela	marito		
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	02		
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 figli 3 f. Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) orientamento SAD Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) orientamento 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 2 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 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 Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Parcheggio contrassegno per disabili orientamento 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

Fa uso di sedia a rotelle e pannoloni su prescrizione Asl mentre deambulatore e poltrona reclinabile sono stati acquistati in autonomia. Rete familiare presente

Torre del Greco, 11-07-2023



**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Quirola Alba



**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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

PAZIENTE CON ARTRITE REUMATOIDE PRESENTA RIDUZIONE DEI ROM ARTICOLARE ; DISPASIA CONGENITA DELL'ANCASINISTRA, RIDUZIONE TROFISMO E FORZA MUSCOLARE.

TRASCORRE LE GIORNATE IN SEDIA A ROTELLE, NON E' IN GRADO DI CAMMINARE. MANTIENE LA POSIZIONE ERETTA CON APPOGGIO PER BREVE TEMPO.

OPERATA DI PROTESI GINOCCHIO BILATERALMENTE

MOVIMENTI ALLE SPALLE QUASI ASSENTI

**TESTS SOMMINISTRATI:**

VEDI TEST ALLEGATI

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

MOBILIZZAZIONE A/P

ESERCIZI PER IL RINFORZO MUSCOLARE

ESERCIZI PER FAVORIRE LA STAZIONE ERETTA

<b>Data:</b>	27/11/2023
--------------	------------

Torre del Greco, 27-11-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI****VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	MANTENIMENTO ABILITA' RESIDUE	SI	P.R.	NO
2	MIGLIORARE FORZA MUSCOLARE	SI	P.R.	NO
3	MANTENIMENTO DEI ROM	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

PAZIENTE CON AVANZATA ARTITE REUMATOIDE E CONSEGUENTE DEFORMITA' ARTICOLARE DIFFUSA

NON AUTONOMA NELLE ADL

NON IN GRADO DI DEAMBULARE

**Data:** 27/12/2023

Torre del Greco,27-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI****VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
1	MIGLIORARE FORZA TROFISMO MUSCOLARE	SI	P.R.	NO
2	MIGLIORARE ROM	SI	P.R.	NO
3	MANTENIMENTO ABILITA' RESIDUE	SI	P.R.	NO
4	FAVORIRE PASSAGGI POSTURALI	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

CONDIZIONI PRESSOCCHÉ INVARIATE RIPETTO I MESI PRECEDENTI
---

<b>Data:</b>	27/02/2024
--------------	------------

Torre del Greco, 27-02-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
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):	06 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.2
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	12-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,12-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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 Artrite Reumatoide; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

TDR

**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,12-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Artrite Reumatoide, ridotto il ROM dei 4 arti (in particolar modo le spalle), ridotto trofismo e forza muscolare; deambulazione con assistenza e girello; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,12-07-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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,12-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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,12-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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# Artrite Reumatoide		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Artrite Reumatoide		

**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,12-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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,15-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
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):	06 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 passaggi posturali
Migliorare equilibrio

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

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

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

--

Data	29-11-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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 Artrite Reumatoide, 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,29-11-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Artrite Reumatoide, non deambulante, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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, 29-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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,29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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# Artrite Reumatoide		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Artrite Reumatoide		

**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,29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Artrite Reumatoide
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):	06 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.3.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Miglioramento ROM
Miglioramento forza
Miglioramento passaggi posturali

**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	12-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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 Artrite Reumatoide; 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,12-03-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Artrite Reumatoide, non deambulante, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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,12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**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# Artrite Reumatoide		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Artrite Reumatoide		

**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,12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 24 Giugno 2025**Partecipanti al colloquio:** Signora Auricchio Angela**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuro-motoria**Diagnosi:** Artrite reumatoide**Relazione visita domiciliare**

In data 24/06/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione del Signora Auricchio Angela , sita in II vico san vito 43 .

La signora, di 74 anni, si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale.

Riferita una diagnosi avvenuta 5 anni fa circa, compromettendo in maniera significativa le autonomie della paziente.

L'ambiente domestico appare ordinato, pulito e adeguato alle esigenze della signora.

Sul piano sociale e assistenziale, la signora dispone di una rete familiare stabile e presente. La figlia è il caregiver principale, fornisce un supporto costante nella gestione della casa e delle attività quotidiane.

Torre del Greco,24-06-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229

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

Al colloquio è presente Auricchio Angela (74 anni) con diagnosi di Artrite reumatoide.

Inoltre è presente la figlia tra i principali caregiver.

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

Orientata nel tempo e nello spazio, difficoltà motorie (tipiche della patologia) perdendo tutte le autonomie.

Tono dell'umore nella norma.

Appetito nella norma e sonno nella norma (con ausilio di farmacoterapia).

Buona rete familiare.

Non si riscontra specifico disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 24-06-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	24-06-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	AURICCHIO	Nome	ANGELA
Data di nascita	01-08-1951	Cartella Clinica n.	7229
Luogo	TERZIGNO		
Stato civile	Sposata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	Pensionata	Telefono	
È seguito dal servizio sociale di			

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

Pensione	SI NO
Invalità civile	SI % NO 100%
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO. art 3 comma 3

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Sorrentino	Nome	Amalia
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	torre del greco	Telefono	3927071796
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	paziente 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 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 (orientamento) Contrassegno 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, 24-06-2025



**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA