

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

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

Paziente affetto da Tetraparesi arti inferiori in seguito a frattura mielica di C5 per evento traumatico (tuffo in acqua nel 2010). Ridotto il ROM dei 4 arti, presenza di clonie, ipertono spastico agli arti inferiori, ridotto il trofismo muscolare. Importanti difficoltà nell'esecuzione di passaggi posturali e nelle principali autonomie. Sulla base della valutazione clinica e nelle condizioni del paziente, si ritiene necessaria la prosecuzione del programma riabilitativo, al fine di contrastare l'ipertono spastico, la rigidità articolare e l'ipotrofia muscolare, e favori l'esecuzione di semplici passaggi posturali e il mantenimento delle principali autonomie.

Torre del Greco,18-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Andolfi Pasquale, 30 anni, paziente affetto da tetraplegia dall'età di 17 anni in seguito a un tuffo in mare, è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale. Il ragazzo vive con i propri genitori e il fratello più piccolo. Necessita dell'assistenza della madre per lo svolgimento di tutte le attività di vita quotidiana ma riesce a mangiare autonomamente con l'utilizzo di particolari posate omologate in relazione alla ridotta motilità di cui dispone. Utilizza catetere vescicale. Al momento del colloquio, avvenuto interamente con i genitori, il ragazzo ha febbre alta, per cui non è stato possibile interloquire con lo stesso. Alimentazione regolare seppur con difficoltà di deglutizione per alcuni cibi (es:pane). Regolare il ritmo sonno-veglia.

Torre del Greco,23-01-2024

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	23-01-2024
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993 (30 anni)	Cartella Clinica n.	4957
Luogo	GRAGNANO		
Stato civile	celibe	Comune di residenza	ERCOLANO
Condizione professionale		Telefono	0817774684
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	Schiavo	Nome	Agata
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Ercolano	Telefono	3475889546
2)Cognome	Andolfi	Nome	Carmine
Rapporto di parentela	padre		
Comune di residenza	Ercolano	Telefono	
3)Tutela	Orientamento amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, madre, padre e fratello		

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 Ascensore privato 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 (del padre) Pensione da lavoro Pensione di invalidità Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione 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)
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 Il paziente è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale.

Osservazioni nel colloquio

Pasquale è assistito dalla madre per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Il paziente fa uso dei seguenti ausili/presidi, forniti dalla Asl di residenza: sedia a rotelle, materasso e cuscino

antidecubito, catetere, letto ortopedico e il sollevatore, ha fatto in passato uso di montascale mobile che ha poi riconsegnato in quanto non più utilizzato.

Al momento del colloquio, avvenuto interamente con i genitori, il ragazzo ha febbre alta, per cui non è stato possibile interloquire con lo stesso.

Torre del Greco, 23-01-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

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	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

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

Paziente in seguito ad un incidente presenta una tetraplegia completa di livello neurologica C6 secondaria a frattura lamina sx di C4 e c5. Il paziente è quindi impossibilitato a qualsiasi movimento attivo degli arti inferiori mentre per gli arti superiori riesce ad effettuare piccoli esercizi con aiuto .

TESTS SOMMINISTRATI:

Vedi allegati in cartella

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Mobilizzazione passiva degli arti inferiori per il mantenimento dei rom articolari ed esercizi passive ed attivi assistiti degli arti superiori. Esercizi di stabilizzazione del tronco ed esercizi di respirazione.

Data:	08/02/25
--------------	----------

Torre del Greco,08-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

Descrizione	Valore
5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima	1
4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima	1
3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità	0
2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità	2
1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento	2
0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento	0

Torre del Greco,08-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

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: 34 /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: 29 /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: 0 /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: 0 /100							

Torre del Greco,08-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

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)	10

Torre del Greco,08-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

SCALA TINETTI

Equilibrio	Punteggio
1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro	0 1
2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2
3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo	0 1 2
4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili	0 1 2
5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti	0 1 2
6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile	0 1
7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile	0 1 2
8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui	0 1
9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo	0 1 2
Punteggio dell'equilibrio	1/ 16



Andatura	Punteggio
10.Inizio della deambulazione 0=Una certa esitazione, o più tentativi 1=Nessuna esitazione	0 1
11.Lunghezza ed altezza del passo dx Piede dx 0=Il piede dx non supera il sx 1=Il piede dx supera il sx	0 1
0=Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede dx si alza completamente dal pavimento	0 1
11.Lunghezza ed altezza del passo sx Piede sx 0=Il piede sx non supera il dx 1=Il piede sx supera il dx	0 1
0=Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede sx si alza completamente dal pavimento	0 1
12.Simmetria del passo 0=Il passo dx e il sx non sembrano uguali 1=Il passo dx e il sx sembrano uguali	0 1
13.Continuità del passo 0=Interrotto o discontinuo 1=Continuo	0 1
14.Traiettoria 0=Deviazione marcata 1=Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 2=Assenza di deviazione e di uso di ausili	0 1 2
15.Tronco 0=Marcata oscillazione o uso di ausili 1=Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 2=Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	0 1 2
16.Posizione dei piedi durante il cammino 0=I talloni sono separati 1=I talloni quasi si toccano durante il cammino	0 1
Punteggio dell'andatura	0/ 12

PUNTEGGIO TOTALE 1/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥ 19 :basso rischio di caduta ≤ 18 :elevato rischio di caduta
Torre del Greco,08-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
		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
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

SITUAZIONE ATTUALE:

--

Data:	
--------------	--

Torre del Greco, 25-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	ANDOLFI	Nome	PASQUALE
Data di nascita	29-10-1993	Cartella Clinica n.	4957

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
	Mantenimento dei rom articolari	SI	P.R.	NO
	Allungamento delle catene muscolari	SI	P.R.	NO
	Mobilizzazione passiva degli arti superiori e inferiori per evitare piaghe	SI	P.R.	NO
	Ginnastica respiratoria	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:

--

Data:	
--------------	--

Torre del Greco,25-02-2025