

Responsabile Assistenza Sociale dott.ssa Mariagrazia Paone
SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 14-03-2023 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |
| Luogo | TORRE DEL GRECO | | |
| Stato civile | sposato | Comune di residenza | TORRE DEL GRECO |
| Condizione professionale | pensionato | Telefono | 3382696331 |
| 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 | Altezza Ciavolino | Nome | Maria |
| Rapporto di parentela | moglie | | |
| Comune di residenza | Torre del Greco | Telefono | 3382696331 |
| 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 moglie (nipote minorenni vive con loro) | | |

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 Barriere architettoniche (ascensore primo 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: figli (1M 1F) Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno |
| La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune? | Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare) |
| Per quante ore in media alla settimana? | |
| La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza? | Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (specificare) |

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) - Pannoloni |
| La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito? | Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione da lavoro Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare) |
| La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare? | Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Orientamento 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 Burocrazia |
| 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

Il colloquio è avvenuto in data odierna interamente con la moglie del Sig. Raia.

Rete familiare poco presente. La signora riferisce di avere difficoltà nelle pratiche burocratiche ed essendo l'unica ad occuparsi della cura del marito, chiede la possibilità di un intervento di sollievo.

Orientamento circa la richiesta di sedia a rotelle e di pannoloni tramite Asl. Orientamento circa la possibilità di un supporto psicologico per la moglie.

Monitoraggio - Contatti Onlus "Adotta il disagio".

Torre del Greco,14-03-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Raia Donato, 74 anni, paziente "affetto da Malattia di Parkinson, grave deficit del controllo posturale, freezing on-off, instabilità posturale, deficit della deambulazione autonoma". Durante il colloquio, avvenuto in data 14/03/2023 il signore non appare orientato nel tempo, nello spazio e nella persona (non ricorda informazioni quali la data odierna, la città in cui si trova, la propria età). Visibile rallentamento psicomotorio. Il signore trascorre gran parte del proprio tempo e vive con la nipotina e la moglie, che gli fornisce assistenza per lo svolgimento di attività di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, andare in bagno). Regolare l'appetito. Riferite alterazioni della qualità del sonno con frequenti parasonnie.

Torre del Greco,15-03-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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

Paziente affetto da Parkinsonismo, evidenzia problemi nell'esecuzione al passo e dell'equilibrio in fase attiva

TESTS SOMMINISTRATI:

Guarda allegati

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Training deambulatorio finalizzato ad una migliore deambulazione, esercizi x le scale condominiali volte al migliorare il tono muscolare e la distribuzione del carico agli arti inferiori

Esercizi x il tronco per facilitare il controllo dinamico

| | |
|--------------|----------|
| Data: | 18/03/24 |
|--------------|----------|

Torre del Greco,11-07-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|-------------------------------|-----------|------|----|
| | Deambulazione | SI | P.R. | NO |
| | Controllo del tronco dinamico | SI | P.R. | NO |
| | Tonificazione 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 |
| | | SI | P.R. | NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

Paziente in discreto miglioramento, anche se a volte si presenta in giornata no a causa della patologia che limita il movimento.

| | |
|--------------|----------|
| Data: | 20/05/24 |
|--------------|----------|

Torre del Greco,11-07-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|----------------|-----------|------|----|
| | Tono muscolare | SI | P.R. | NO |
| | Equilibrio | SI | P.R. | NO |
| | Deambulazione | 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 alti e bassi a causa della patologia che a volte limita il movimento, evidente deterioramento cognitivo

Data: 12/07/24

Torre del Greco,11-07-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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

Il sig. Raia, 75 anni, é sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapeuta che pratica il trattamento.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 09 luglio 2024, Donato appare scarsamente orientato nel tempo e nello spazio.

L'utente vive con la moglie (la quale è stata orientata per un supporto psicologico) e la nipote che l'assiste nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Il nucleo familiare è supportato anche da una collaboratrice domestica .

Utilizza i seguenti ausili/presidi: Pannoloni forniti dall'Asl di residenza. Orientamento circa la possibilità di richiedere la sedia a rotelle.

Contatti con l'Associazione Shalom circa la possibilità di inserire il paziente con il Progetto del Servizio Civile.

Utile monitoraggio

Torre del Greco,30-07-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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 struttture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | 03 b735.4 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.2.4 |
| 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 (a domicilio) |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 24-09-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,24-09-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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 equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esercizi di equilibrio

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,24-09-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinson, tremori a riposo, ipertono spastico, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; difficoltà di equilibrio e deambulazione (girello o bastone); descritta ipersalivazione e difficoltà di deglutizione ai solidi.

Torre del Greco, 24-09-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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, 24-09-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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) | 50 |

Torre del Greco,24-09-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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,24-09-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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 b735.4 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.2.4 |
| 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: | 5/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 12-03-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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 Malattia di Parkinson; difficoltà nei passaggi posturali e nelle 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 | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinson, tremori a riposo, ipertono spastico, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; allettato per recente caduta con frattura di bacino; descritta ipersalivazione e difficoltà di deglutizione ai solidi.

Torre del Greco, 12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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, 12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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) | 0 |

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RAIA | Nome | DONATO |
| Data di nascita | 31-03-1948 | Cartella Clinica n. | 6875 |

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,12-03-2025