

PAZIENTE:

Cognome	DE SIMONE	Nome	SONIA
Data di nascita	15-02-1975	Cartella Clinica n.	7057

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

De Simone Sonia, 48 anni, "paziente con Sindrome Aicardi", è sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale. Vive con il fratello e la sua famiglia e può contare sull'aiuto fornito anche da una collaboratrice assunta privatamente. Necessita di assistenza totale per lo svolgimento delle autonomie personali e strumentali. Paziente sottoposto a ossigenoterapia. Utilizza presidi per l'incontinenza. Trascorre la giornata quasi totalmente a letto. Comunica attraverso gesti i propri bisogni. Alimentazione prettamente solida e con ausilio di acqua gel e addensante. Ritmo sonno-veglia irregolare e caratterizzato da risvegli nelle prime ore del mattino.

Torre del Greco, 21-11-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	21-11-2023
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	DE SIMONE (Vedere scheda Bentivoglio)	Nome	SONIA
Data di nascita	15-02-1975 (48 anni)	Cartella Clinica n.	7057
Luogo	NAPOLI		
Stato civile	celibe	Comune di residenza	TRECASE
			DOMICILIATA: Torre Annunziata
Condizione professionale	pensionata	Telefono	3314435512
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	De Simone	Nome	Michele
Rapporto di parentela	fratello		
Comune di residenza	Torre Annunziata	Telefono	3314435512
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale	De Simone Michele		
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, fratello, cognata e cugina		

**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?	Ossigeno Pannoloni Letto ortopedico: acquistato grazie al progetto "Dopo di noi" Montascale mobile Materasso antidecubito Addensante + acqua gel
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) - ADO
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) - Infermiere (1 volta al mese)

**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 Assegno di cura 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 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) - Assistenza costante
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 Sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale
Sonia necessita di assistenza totale per lo svolgimento delle autonomie personali e strumentali.	
Trascorre la giornata quasi totalmente a letto e comunica attraverso i gesti i propri bisogni.	

Torre del Greco,30-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia