

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	15-10-2024
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942 (82 anni)	Cartella Clinica n.	7883
Luogo	PORTICI		
Stato civile	vedova	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	casalinga	Telefono	3293398772
È seguito dal servizio sociale di	no		

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

Pensione	SI	NO
Invalidità 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	Del Gatto	Nome	Maria
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3293398772
2)Cognome			
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	1		
Composto da	utente		

## 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) 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: 2 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) 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 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 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 Permessi per assistenza (figlia) 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 Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

La sig.ra M. Rosaria è supportata dalla figlia nelle attività di vita quotidiana.

Orientata nel tempo e nello spazio

E' sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale.

Utilizza i seguenti ausili/presidi: sedia a rotelle, deambulatore, traverse e slip assorbenti.

Torre del Greco, 15-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Codice Fiscale	SNNMRS42S48G902F
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA CIMAGLIA 11 G	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3293398772
Data ammissione	02-10-2024	Data dimissione	

### DIAGNOSI

CODICE STENOSI DEL CNALE VERTEbrale

EVENTUALI NOTE:

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE

### ANAMNESI FISIOLOGICA:

### ANAMNESI REMOTA:

Diabete tipo II  
Ipertensione in trattamento  
Ipercolesterolemia  
Tiroidectomia (2010 circa)  
Intervento per stenosi lombare (2014 circa)  
Descritta allergia al Coumadin

## ANAMNESI PROSSIMA

## ANAMNESI PATOLOGICA:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

## ANAMNESI RIABILITATIVA:

## AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Torre del Greco, 21-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Stenosi canale vertebrale lombare
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):	04  b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.3
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 forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	120

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

--

Data	21-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 21-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**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 esiti di stenosi lombare; necessita di minima 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, 21-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; esiti di intervento per stenosi lombare, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare (AAII>AASS); difficoltà di equilibrio, passaggi posturali e deambulazione (con girello), per cui necessita di minima assistenza/supervisione.

Torre del Greco, 21-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**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, 21-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>80</b>

Torre del Greco, 21-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 11 Febbraio 2025**Partecipanti al colloquio:** Signora Sannino Mariarosaria**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuro-motoria**Diagnosi:** Stenosi del canale vertebrale lombare

In data 11/02/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione della signora Sannino Mariarosaria, sita in Via Cimaglia 11.

La signora, di 83 anni, si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile, attenta e perfettamente in grado di rispondere alle domande in modo chiaro, strutturando frasi complete e di senso compiuto. Dimostra inoltre un'ottima capacità di orientamento nello spazio e nel tempo.

Dal punto di vista motorio, la signora evidenzia difficoltà significative nella deambulazione, che limitano la sua capacità di uscire di casa. Tale condizione è aggravata dall'assenza di ascensore nell'edificio, situato all'ultimo piano.

L'ambiente domestico appare ordinato, pulito e adeguato alle esigenze della signora, con spazi ampi che favoriscono la mobilità.

Sul piano sociale e assistenziale, la signora dispone di una rete familiare stabile e presente. In particolare, la figlia vive nell'abitazione adiacente, fornendo un supporto costante nella gestione della casa e delle attività quotidiane.

Torre del Greco, 12-02-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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

La sig. Sannino all'esame clinico si presenta lucida nelle capacità cognitive.

Curata nell'aspetto.

Eloquio organizzato e coerente, tono dell'umore nella norma.

Torre del Greco, 17-02-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Stenosi canale lombare
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):	04 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, Vi d450.3
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 forza
Migliorare equilibrio
Migliorare deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	120

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

--

Data	28-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 28-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**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 stenosi lombare; difficoltà di equilibrio e deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare forza  
Migliorare equilibrio  
Migliorare 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, 28-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da esiti di intervento per stenosi del canale lombare; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare AAll, difficoltà nell'equilibrio e nella deambulazione, ridotta tolleranza allo sforzo.

Torre del Greco, 28-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**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, 28-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>80</b>

Torre del Greco, 28-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	SANNINO	Nome	MARIAROSARIA
Data di nascita	08-11-1942	Cartella Clinica n.	7883

## **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# Stenosi lombare		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Stenosi lombare		

**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
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:</b>			
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:</b>			
<b>Note:</b>			

**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, 28-02-2025