

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

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

La signora Anna Maria, 58 anni, paziente affetta da "Paraparesi spastica familiare, Sindrome piramidale, di molto maggiore agli arti inferiori e deficit dei passaggi posturali, equilibrio e deambulazione", è sottoposta a trattamento fisioterapico bisettimanale. Anna Maria vive con il marito Luigi e la figlia, che si prendono cura di lei anche grazie al supporto fornito dai familiari, loro vicini di casa. Al momento del colloquio appare orientata nel tempo, nello spazio e nella persona ma lamenta disturbi del sonno con frequenti risvegli precoci. Riesce ad andare in bagno autonomamente ma necessita di assistenza per lo svolgimento di attività quali lavarsi o vestirsi. Non sono riferite alterazioni dell'appetito ma una deflessione del tono dell'umore ricondotta alla faticabilità e alle sue condizioni di salute, che le impediscono di uscire di casa quanto vorrebbe.

Torre del Greco, 17-01-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212
Luogo	OTTAVIANO		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	0818815688
È seguito dal servizio sociale di			

**SCHEDA SOCIALE**

DATA 1° COLLOQUIO	17-01-2023
-------------------	------------

**È titolare di:**

Pensione	SI	NO
Invalidità civile	SI	100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	Lombardo	Nome	Luigi
Rapporto di parentela	marito		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3388540932
2)Cognome	Lombardo	Nome	Mariarosaria
Rapporto di parentela	figlia		
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	3		
Composto da	moglie-marito-figlia		

## 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 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?	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?	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) RDC - Bonus utenza 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 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 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 terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La sig.ra Zotto, 58 anni, vive con il marito Luigi e la figlia Mariarosaria Lombardo che si prendono cura di lei. Rete familiare presente	Durante il colloquio si evince che la signora è ben informata circa le agevolazioni e i contributi a sostegno del reddito familiare.  E' sottoposta a trattamento fisioterapico bisettimanale e descrive positivamente gli incontri con il fisioterapista.

Torre del Greco, 19-01-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Paraparesi spastica
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN08 Mielopatia (SCN/SCT)-altra mielopatia non traumatica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04  b735.3
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

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	180

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

--

Data	24-06-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 24-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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 Polineuropatia; 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
- 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, 24-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

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

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

Torre del Greco, 24-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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, 24-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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>55</b>

Torre del Greco, 24-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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# Polineuropatia spastica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Polineuropatia spastica		

**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, 24-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Paraparesi Spastica
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN08 Mielopatia (SCN/SCT)-altra mielopatia non traumatica
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

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	180

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

--

Data	30-12-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 30-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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 Polineuropatia; 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
- 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, 30-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da polineuropatia spastica, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza per i passaggi posturali, la deambulazione (effettuata con ausilio di girello) e le principali autonomie.

Torre del Greco, 30-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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, 30-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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>55</b>

Torre del Greco, 30-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI**
**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI**
**MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Polineuropatia Spastica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Polineuropatia Spastica		

**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, 30-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Paraparesi Spastica
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN08 Mielopatia (SCN/SCT)-altra mielopatia non traumatica
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 passaggi posturali
Migliorare deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	180

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

--

Data	30-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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 Paraparesi Spastica; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare passaggi posturali
- Migliorare deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Esecuzione di passaggi posturali
- 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, 30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Paraparesi Apistica, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare. deambulazione con girello, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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, 30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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>55</b>

Torre del Greco, 30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**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# Paraparesi Spastica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Paraparesi Spastica		

**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, 30-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 17 Giugno 2025**Partecipanti al colloquio:** Signora Zotto Annamaria, Signor Lombardo Luigi**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuro-motoria**Diagnosi:** Paraparesi Spastica**Relazione visita domiciliare**

In data 17/06/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione della signora Zotto Annamaria , sita in Via Cimaglia 19, Torre del greco.

La signora, di 60 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

Dal punto di vista motorio, la signora evidenzia difficoltà significative nella deambulazione, che limitano la sua capacità di uscire di casa e di essere autosufficiente senza il supporto del carrellino.

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

Sul piano sociale e assistenziale, la signora dispone di una rete familiare stabile e presente. In particolare, ad occuparsi della sua cura e delle mansioni quotidiane è il marito.

Riconosciuta invalidità e 104 art 3 comma 3.

Torre del Greco, 17-06-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212

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

Al colloquio è presente Zotto Anna Maria (60 anni) con diagnosi di paraplegia spastica da circa 30 anni.

Inoltre è presente il marito, principale caregiver.

Si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale, così come l'abitazione.

Orientata nel tempo e nello spazio, difficoltà motorie (tipiche della patologia).  
Tono dell'umore nella normalità, alcuni episodi depressivi causati dalla forte stanchezza fisica.

Appetito e sonno nella norma.

Buona rete familiare.

Non si riscontra specifico disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 17-06-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	17-06-2025
-------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	ZOTTO	Nome	ANNA MARIA
Data di nascita	10-12-1964	Cartella Clinica n.	5212
Luogo	OTTAVIANO		
Stato civile	Congiunta	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	0818815688
È seguito dal servizio sociale di			

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

Pensione	SI	NO
Invalidità 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	Lombardo	Nome	Luigi
Rapporto di parentela	marito		
Comune di residenza	torre del greco	Telefono	3388540932
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?	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 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 Contrassegno per l'Auto  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 terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 17-06-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA