

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data odierna si effettua la valutazione psicologica del caso clinico in esame.

Paziente vigile, collaborante, ben orientata nel tempo e nello spazio, disponibile al dialogo con l'esaminatore.

Con diagnosi di Miopatia Mitocondiale, la signora racconta della propria storia clinica, della modalità di gestione delle attività di vita quotidiana e di come affronta il tutto a livello emotivo.

Adeguatamente assistita nel contesto familiare.

Tono dell'umore normo orientato.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Continua il percorso riabilitativo come da prescrizione Asl.

Torre del Greco, 27-10-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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

La paziente presenta un quadro clinico caratterizzato da Miopatia Mitocondriale ,al colloquio odierno appare collaborante nel riferire della sua patologia e le sue limitazioni delle capacità funzionali .

Conduce uno stile di vita discretamente autonomo e un vita sociale soddisfacente , buono il tono dell' umore .

Il contesto familiare è presente .

Torre del Greco,09-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Quirola Alba

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Miopatia Mitocondriale |
| 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): | 14 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 4 |

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 |
| Frequenza: | 2/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 14-12-2023 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,14-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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 miopatia mitocondriale; difficoltà di equilibrio e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliore forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali e 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,14-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da miopatia mitocondriale; ipostenia dei 4 arti, ridotto ROM e trofismo muscolare. Difficoltà di equilibrio e deambulazione.

Torre del Greco,14-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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: si utilizza il Protocollo S

Torre del Greco,14-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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: 84 /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: 84 /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: 83 /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: 83 /100 | | | | | | | |

Torre del Greco,14-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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) | 80 |

Torre del Greco,14-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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# Miopatia mitocondriale | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Miopatia mitocondriale | | |

**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,14-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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

Paziente affetta da miopatia mitocondriale, con importante ipostenia dei 4 arti, difficoltà di equilibrio e deambulazione, ridotto trofismo muscolare e tono dei 4 arti. Sulla base della valutazione clinica effettuata e degli obiettivi del programma riabilitativo, si ritiene necessaria la continuità della FKT effettuata, al fine soprattutto di conservare un adeguato trofismo muscolare, e una buona capacità di autonomia nei passaggi posturali e nelle principali autonomie, contrastare retrazioni tendinee e deficit del ROM, sostenere il tono dell'umore.

Torre del Greco,18-12-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Miopatia mitocondriale |
| 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): | 14 b730.3 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 4 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie residue | |
|--------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---------------------------------------|
| Migliore ROM |
| Migliorare forza |
| Migliorare equilibrio e deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-----|
| Tipologia Trattamento: | RNM |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 23-05-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,23-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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 Miopatia Mitocondriale; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare tolleranza allo sforzo
Migliorare equilibrio e 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,23-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da miopatia mitocondriale, ridotto ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare, ridotta tolleranza allo sforzo e facile stancabilità; difficoltà di equilibrio e deambulazione; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 23-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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, 23-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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) | 70 |

Torre del Greco, 23-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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# Miopatia Mitocondriale | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Miopatia Mitocondriale | | |

**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,23-05-2024

SEZIONE 1B- ANAGRAFICA - ANAMNESTICA- AGGIORNAMENTO**GENERALITA' DELL'ASSISTITO**

| | | | |
|------------------|------------|-----------------|------------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Codice Fiscale | NNNMCN65D66G902H |
| Comune Residenza | PORTICI | Provincia | NA |
| Indirizzo | UNIVERSITA | CAP | 80055 |
| Prescrittore | | | |
| Asl e Distretto | | Telefono | 0817755248 |
| Data ammissione | 28-06-2023 | Data dimissione | |

DIAGNOSI CA08#**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

| | |
|-----------------|---|
| | |
| Genetica: | |
| Metab - Endocr: | Diabete tipo II diagnosticato a giugno 2024 |
| Neurologica: | |
| Ortopedica: | |
| Chirurgica: | |
| Infettiva: | |
| Altro: | |

Torre del Greco,10-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Miopatia mitocondriale |
| 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): | 14 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 4 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie residue | |
|--------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|--|
| Migliorare ROM |
| Migliorare tolleranza allo sforzo |
| Migliorare equilibrio e passaggi posturali |

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

| | |
|------------------------|-----|
| Tipologia Trattamento: | RNM |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 10-10-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,10-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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 miopatia mitocondriale; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare tolleranza allo sforzo
Migliorare equilibrio e passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Esercizi di equilibrio
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,10-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio, affetta da miopatia mitocondriale; ridotti ROM. trofismo e forza muscolare; ridotta tolleranza allo sforzo, difficoltà di equilibrio, nei passaggi posturali e nella deambulazione, per le quali necessita di assistenza.

Torre del Greco,10-10-2024

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 10-10-2024 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 (59 anni) | Cartella Clinica n. | 7663 |
| Luogo | PORTICI | | |
| Stato civile | coniugata | Comune di residenza | PORTICI |
| Condizione professionale | casalinga | Telefono | 0817755248 |
| È seguito dal servizio sociale di | no | | |

L'utente e/o caregiver riferisce:

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| Pensione | SI NO |
| Invalità civile | SI 50% NO Ricorso |
| Indennità di accompagnamento | SI NO |
| Legge 104/92 gravità Handicap | SI NO |

Persone di riferimento/caregiver principale

| | | | |
|------------------------------------|--|----------|------------|
| 1)Cognome | | Nome | |
| Rapporto di parentela | | | |
| Comune di residenza | | Telefono | 3383216512 |
| 2)Cognome | | Nome | |
| 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 | 2 | | |
| Composto da | utente 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? | Sì, è una casa confortevole Sì, è appena sufficiente No, è insufficiente |
| Se inadeguata, cosa manca? | È troppo piccola È umida Manca l'ascensore (barriere architettoniche) 6 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 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 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 terapeuta che pratica il trattamento? | 1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo Sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale |

Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con la sig.ra Incoronato, la quale riferisce di agire autonomamente nelle attività di vita quotidiana nonostante le difficoltà.

Riferisce di essere seguita presso il Centro Nemo Ospedale "Monaldi", e circa un paio d'anni fa in tale centro ha intrapreso un percorso psicologico.

Torre del Greco,10-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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,10-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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) | 70 |

Torre del Greco, 10-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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# Miopatia mitocondriale | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Miopatia mitocondriale | | |

**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,10-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Miopatia Mitocondriale |
| 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): | 14 b730.3 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 4 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|------------------------------|--|
| Mantenimento delle autonomie | |
|------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---------------------------------------|
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare equilibrio e deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-----|
| Tipologia Trattamento: | RNM |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 12-05-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,12-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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 Miopatia Mitocondriale; difficoltà nei passaggi posturali e nell'equilibrio

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esercizi di equilibrio
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,12-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da miopatia mitocondriale, ridotto ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare, ridotta tolleranza allo sforzo e facile stancabilità; difficoltà di equilibrio e deambulazione; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,12-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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,12-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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=dependente 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=dependente 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=dependente 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) | 70 |

Torre del Greco,12-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | ANNUNZIATA | Nome | MARIA CONSIGLIA |
| Data di nascita | 26-04-1965 | Cartella Clinica n. | 7663 |

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# Miopatia Mitocondriale | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Miopatia Mitocondriale | | |

**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,12-05-2025