

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	04-04-2023
-------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionata	Telefono	0818822137
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 Orientamento

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	Grandioso	Nome	Antonio
Rapporto di parentela	marito		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	0818822137
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	04		
Composto da	utente, marito e 2 figli		

## 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
L'utente quale ausilio/presidio utilizza o ha utilizzato in/e fuori casa?	Sedia a rotelle Deambulatore Pannolini Letto ortopedico Materasso antidecubito 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: 5 figli 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 Orientamento Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) - l'utente si è rivolto all' Associazione "La Libellula" 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 Collaboratrice domestica

## Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale 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 (occasionalmente) 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 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)
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. Anna è sottoposta a trattamento riabilitativo trisettimanale

## Osservazioni nel colloquio

Monitoraggio
--------------

Torre del Greco, 04-04-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	M.di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica 03
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03  b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.3.3
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 (domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	120

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

--

Data	28-03-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 28-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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 Malattia di Parkinson; 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
- 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, 28-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, discretamente orientata nel tempo e nello spazio. Affetta da Malattia di Parkinson, necessita di assistenza per i passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie. Ridotto ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare. Difficoltà nella deglutizione (liquidi>solidi).

Torre del Greco, 28-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE****RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della prescrizione ASL 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, 28-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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>25</b>

Torre del Greco, 28-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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# M.diParkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	M.di Parkinson		

**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' ASI competente.

Data:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

La pz. presenta discinesie che si evidenziano maggiormente nella fase off e alla richiesta di compiti motori anche di lieve/media difficoltà. Maggiore rigidità di tipo plastico riscontrata alla mobilizzazione degli arti inferiori. Controllo posturale del tronco seduta ai bordi del letto non sempre ottimale. Freezing riscontrato nei cambi di direzione. Atteggiamento Camptocormico.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Barthel index. MRC scale Test Tinetti per Equilibrio statico e dinamico.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Incrementare attraverso esercitazioni prevalentemente posturali le possibilità di autonomia nelle ADL e IADL.

**Data:** 27/03/2024

Torre del Greco, 26-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03  b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.3.3
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:	3/7
Durata:	120

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

--

Data	25-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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 Parkinson; 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  
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, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, discretamente orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Parkinson, tremori a riposo, rigidità articolare, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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>25</b>

Torre del Greco, 25-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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# Malattia di Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Malattia di Parkinson		

**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)			

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

La paziente presenta discinesie anche a riposo. Le fasi off della malattia hanno una durata maggiore rispetto alle fasi on. In deambulazione presenta freezing dei piedi soprattutto nei cambi di direzione.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Test di barthel. Tinetti per l'equilibrio. Mrc scale per vericare lo stato di forza muscolare..

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Incentivare le possibilità di autonomia nelle adl e nelle iadl. Incentivare la possibilità di eseguire in autonomia con minima assistenza i passaggi posturali. Esercizi di allungamento della muscolatura contratta. Incentivare nelle varie attività la respirazione lenta e profonda.

**Data:** 28/07/2024

Torre del Greco, 28-07-2024

**TERAPISTA**  
Dott.  
MARINACCI ELIA

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI****VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

La pz presenta rigidità agli arti e al tronco, discinesie talvolta presenti anche a riposo che coinvolgono pure i muscoli oculari. Deve essere assistita nella deambulazione da persona qualificata in quanto non è autonoma nel condurre ausili; presenta comunque freezing dei piedi durante la deambulazione.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Test di barthel , Tinetti per l'equilibrio statico e dinamico.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Attenuare le contratture determinatesi per la rigidità di natura extrapiramidale, attraverso esercizi di allungamento della muscolatura agli arti e al tronco incentivare l'esecuzione autonoma dei passaggi posturali.

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
<b>Data:</b>	23/07/2024		

Torre del Greco, 28-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

La sig.ra Anna, 76 anni, è sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapista che pratica il trattamento.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 16 luglio 2024, il paziente appare orientato nel tempo e nello spazio.

Percepisce indennità di accompagnamento.

Invalidità civile al 100%

Orientamento circa la possibilità di richiedere la L. 104/92

La sig.ra usufruisce dell'Assistenza domiciliare Integrata (Infermiere)

L'utente vive con il marito e due figli che l'assistono nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. La sig.ra ha altri 3 figli sposati. Presente la rete familiare.

Isee alto.

Torre del Greco, 08-08-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

- 1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa.

Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

- 2) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza.

Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in cui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento.

Torre del Greco, 15-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

- 1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa.

Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

- 2) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza.

Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in cui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento.

Torre del Greco, 15-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI****VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

La pz. presenta difficoltà nella esecuzione in autonomia dei passaggi posturali. Rigidità diffusa ad arti e a tronco associata a discinesie nel movimento intenzionale. L'utilizzo del deambulatore quale ausilio risulta difficoltoso, l'unica possibilità di aiuto nella fase del cammino diventa il sostegno con le mani da parte del fisioterapista o altra figura assistenziale.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Test di barthel, test Tinetti.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Attenuare le rigidità presenti ad arti e tronco attraverso tecniche di rilassamento muscolare e dolci mobilizzazioni associate a tecniche di mirato allungamento muscolare. Favorire la possibilità di effettuare in autonomia alcuni passaggi posturali fino a quando ci sarà possibilità di farlo.

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO

**Data:** 15/11/2024

Torre del Greco, 15-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

La paziente presenta rigidità e discinesie diffuse ad arti e tronco. Le discinesie si manifestano spesso nell'arco della giornata a causa degli effetti cinetici della levodopa che col progredire della malattia non ha più quell'effetto di inizio trattamento farmacologico. Difficoltà di esecuzione autonoma di molti passaggi posturali.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Test di Barhel, test Tinetti.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Incentivare la paziente nell'esecuzione autonoma dei passaggi posturali; cammino assistito impostando possibilità di acquisire una postura corretta durante questa attività.

**Data:** 22/11/2024

Torre del Greco, 22-11-2024

**TERAPISTA**  
Dott.  
MARINACCI ELIA

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03  b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.3.3
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 passaggi posturali
Migliorare deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	3/7
Durata:	120

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

--

Data	29-11-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO****AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base	competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie	Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti	Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali	Area emotiva - affettiva	

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con Parkinson, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare forza
- Migliorare passaggi posturali
- 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, 29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie

Torre del Greco, 29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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, 29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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>25</b>

Torre del Greco, 29-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	decesso del paziente
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinson		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

<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)			

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03  b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.3.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

**OUTCOME GLOBALE**

Contrastare progressione della patologia	
--	--

**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:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	19-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO****AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base	competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie	Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti	Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali	Area emotiva - affettiva	

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con Parkinson; difficoltà nei passaggi posturali e nelle autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Esecuzione di passaggi posturali

**OPERATORI:**

RITDR

## 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, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di grande assistenza per i passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie

Torre del Greco, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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>25</b>

Torre del Greco, 19-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RITA	Nome	ANNA
Data di nascita	04-07-1947	Cartella Clinica n.	5868

**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# Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinson		

**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, 19-03-2025