



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA  
Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali  
CORSO DI STUDIO IN FISIOTERAPIA

## CARTELLA DIDATTICO-RIABILITATIVA

Ambito neurologico 2° anno

Anno Accademico \_\_\_\_\_

STUDENTE \_\_\_\_\_ MATRICOLA: \_\_\_\_\_

SEZIONE DI CORSO

BRESCIA

CREMONA

MANTOVA

SEDE DI TIROCINIO: \_\_\_\_\_

VALUTAZIONE FINALE ELABORATO (assistente/tutor clinico):

- adeguato
- non adeguato

Commenti e suggerimenti dell'assistente all'elaborato

ASSISTENTE \_\_\_\_\_

TUTOR CLINICO \_\_\_\_\_

TUTOR DIDATTICO \_\_\_\_\_

## PEMESSA

La cartella didattico-riabilitativa rappresenta un importante momento di riflessione sull'esperienza di tirocinio clinico ed un valido strumento di apprendimento per stimolare lo studente ad acquisire tutti gli elementi utili a sviluppare la capacità di ragionamento clinico, presupposto di ogni pratica riabilitativa. La compilazione della cartella deve iniziare fin dall'inizio del tirocinio e deve proseguire per tutta la presa in carico del paziente. In questo modo lo studente è guidato nell'acquisizione dei dati pertinenti al caso e necessari per meglio potersi confrontare con il proprio assistente/tutor di tirocinio.

Attraverso questo strumento lo studente impara, inoltre, a redigere la documentazione che comunemente viene compilata dai Fisioterapisti in relazione alla persona assistita.

La cartella didattico-riabilitativa proposta è stata redatta in coerenza con le fasi del processo riabilitativo. Rispetta, quindi, un percorso logico costituito da un susseguirsi di tappe che favoriscono l'individuazione dei problemi di interesse riabilitativo del paziente e delle relazioni esistenti tra i vari fattori che li determinano.

Le tappe del processo, ricordiamo, comprendono: raccolta dei dati, identificazione dei problemi (da cui scaturisce la diagnosi riabilitativa), definizione degli obiettivi (da cui scaturisce la prognosi riabilitativa), pianificazione delle azioni (da cui scaturisce il programma riabilitativo), attuazione degli interventi e valutazione di processo e di esito (valutazione degli *outcome* primari e secondari).

Cornice di riferimento il modello bio-psico-sociale.

Secondo questo modello, a partire dalla specifica condizione di salute del paziente ed ai fini della presa in carico riabilitativa è necessario considerare non solo le alterazioni delle strutture corporee e della funzione conseguenti all'evento indice ma anche i fattori di contesto (ambientali e personali) che caratterizzano l'ambiente di vita della persona.

Questi ultimi sono fondamentali nel determinare quanto la patologia impatti sulla qualità di vita di un soggetto e nel meglio definire obiettivi terapeutico-riabilitativi condivisi con il paziente.

Momento fondamentale della presa in carico riabilitativa è la raccolta dei dati soggettivi e oggettivi.

Benché l'obiettivo formativo clinico generale del 2° anno di corso sia la definizione della diagnosi fisioterapica attraverso l'*assessment* del paziente, la valutazione rimane l'elemento cardine di tutto il processo.

Per questo motivo, nella cartella proposta, verrà chiesto allo studente di individuare i dati di interesse riabilitativo (rilevati mediante consultazione della documentazione clinica, colloquio con il paziente e *assessment* fisioterapico) ma anche e soprattutto di motivarne la rilevanza specificando in che modo essi possano influenzare o modificare il percorso di valutazione e riabilitativo.

Allo studente verrà chiesto, inoltre, di individuare e argomentare le relazioni tra i dati raccolti, determinare la diagnosi fisioterapica, gli obiettivi e la possibile prognosi riabilitativa. Tanto più la valutazione sarà completa e pertinente al caso tanto più il programma riabilitativo potrà essere coerente con i bisogni riabilitativi del paziente.

Lo studente deve redigere la cartella didattico-riabilitativa in autonomia seppur con la supervisione del proprio assistente/tutor clinico che dovrà valutare l'elaborato fornendogli un *feedback*.

A. DATI GENERALI E ANAMNESI (desumibili dalla lettura della cartella clinica, dal colloquio con il paziente e/o i familiari e dal colloquio con altri membri del *team* multidisciplinare)

Cognome e nome (iniziali) \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ sesso  F  M

nazionalità \_\_\_\_\_ scolarità \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

paziente ambulatoriale  paziente ricoverato dal \_\_\_\_\_ (data)

Tipologia di struttura \_\_\_\_\_

Diagnosi di accettazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data evento indice: \_\_\_\_\_

Specificare se d'esordio o riacutizzazione: \_\_\_\_\_

Presidi:  sondino n/g  P.E.G.  catetere vescicale  altro \_\_\_\_\_

Protesi, ausili, ortesi:

Indagini strumentali (data, tipologia d'esame e sintesi del referto):

Eventuale terapia farmacologica in atto:

**Sintesi anamnestica** (anamnesi patologica remota, anamnesi patologica prossima, anamnesi psico-sociale e familiare, anamnesi riabilitativa del paziente):

**Dolore** (rispetto al dolore descrivi insorgenza, localizzazione, caratteristiche, fattori aggravanti o allevianti, risposta durante le principali attività funzionali; specifica la scala di valutazione adottata indicando il relativo punteggio e la data di rilevazione del dato):

Autonomia nelle ADL (descrivere l'autonomia funzionale residua del paziente, desunta in fase di colloquio indicando la data di rilevazione del dato):

Stato emotivo, ed aspettative (obiettivi) del paziente (sono aspetti fondamentali da indagare per comprendere grado di collaborazione e motivazioni del paziente; questi aspetti sono inoltre fondamentali per "personalizzare" il percorso riabilitativo e per l'alleanza terapeutica):

**Domande riflessive per lo studente:**

- *I dati che ho raccolto mi consentono di avere una rappresentazione della persona?*
- *Ho raccolto informazioni sull'assunzione di farmaci e su come questi possano avere influenze sullo stato del paziente e sulle mie valutazioni successive?*
- *Mi sono chiesto se i dati sono di interesse riabilitativo?*
- *Mi sono chiesto quali elementi possono causare precauzioni/contrindicazioni e perché?*
- *Ho approfondito la percezione personale del paziente nei confronti della sua condizione, i suoi bisogni e le sue aspettative?*

## B. ASSESSMENT FISIOTERAPICO

(individuazione dei segni e dei sintomi di interesse riabilitativo e loro eventuale quantificazione al fine di ottenere misure obiettive specifiche mediante le quali monitorare i cambiamenti nel tempo della persona sottoposta ad intervento riabilitativo)

Aspetti psico comportamentali e neuropsicologici (descrivi brevemente lo stato di coscienza del paziente, l'orientamento spazio-temporale, la sua consapevolezza dello stato di malattia, l'adeguatezza del comportamento e della comunicazione)

Disturbi cognitivi associati (afasia, disartria, disfagia, *neglect*, aprassie, agnosie ecc....) descrivere come si manifestano eventuali disturbi cognitivi e le loro implicazioni nella pratica clinica

Osservazione spontanea della postura e dei movimenti attivi (attraverso l'osservazione spontanea del paziente, è possibile individuare i primi "indizi" significativi che potranno poi essere orientativi del successivo processo di *assessment* ...come arriva il paziente il paziente in palestra? Quali strategie utilizza per muoversi? Posso trarre informazioni su: dolore, atteggiamento, attitudine al movimento, quantità e qualità del movimento, eventuali strategie compensatorie, stato emotivo del paziente, ecc....)

Aspetti sensitivi

SENSIBILITA' SUPERFICIALE			SENSIBILITA' PROFONDA	
<input type="checkbox"/> Tattile	<input type="checkbox"/> Termica	<input type="checkbox"/> Dolorifica	<input type="checkbox"/> Propriocettiva	<input type="checkbox"/> Stato Cinestesica
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterata <input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterata <input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterata <input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterata <input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterata <input type="checkbox"/> Non valutabile
SENSIBILITA' DISCRIMINATIVA			ALTRO	
<input type="checkbox"/> Stereognosia		<input type="checkbox"/> Estinzione tattile	<input type="checkbox"/> Disestesie	<input type="checkbox"/> Parestesie
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterata <input type="checkbox"/> Non valutabile		<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterata <input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Iperpatie	<input type="checkbox"/> Sindrome arto fantasma
Dermatomo o area interessata				

Dopo aver completato la tabella descrivi come si manifesta il problema sensitivo

### ASPETTI MOTORI

**Alterazioni del tono:** individua e descrivi eventuali alterazioni del tono (flaccidità, ipotonia, ipertono spastico, ipertono plastico, clono, sincinesie, alterazioni dei riflessi...). Individua i fattori che lo influenzano, come e in quale distretto si manifesta, in quali situazioni. Riporta eventuali scale di valutazione utilizzate con relativo punteggio.

**Presenza di movimenti involontari:** individuare e descrivere eventuali movimenti involontari e loro implicazioni (atetosi, corea, fascicolazioni, tremore posturale, a riposo, intenzionale...)

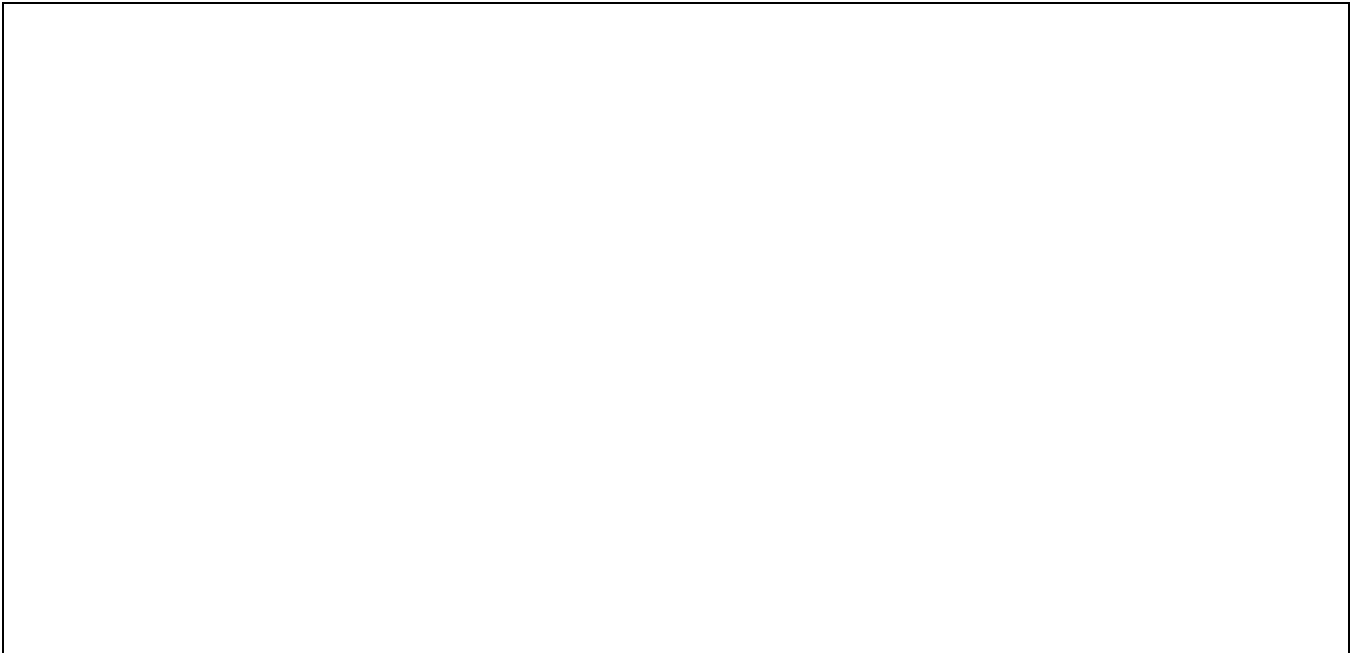
**Alterazione trofismo:** individuare e descrivere eventuali alterazioni significative del trofismo muscolare





## VALUTAZIONE STATICA E DINAMICA: Valutazione posizione seduta

Descrizione della posizione seduta... (come mantiene la posizione seduta il paziente? Com'è la posizione del capo, del cingolo scapolare e del cingolo pelvico nei tre piani? Compaiono asimmetrie? ecc....)



Descrizione delle competenze: descrivere le competenze e le strategie utilizzate dal paziente nella stazione seduta in relazione a:

- **capacità di allinearsi all'interno della base d'appoggio** (è in grado di mantenere la posizione senza l'ausilio di appoggio? è in grado di allineare i 3 punti? Necessita dell'aiuto degli AASS? Ecc ...)
- **muoversi all'interno della base d'appoggio** (è in grado di muovere una parte del tronco mantenendo ferma l'altra? È in grado di muovere il capo senza perdere l'allineamento? Ecc ...)
- **muoversi uscendo dalla base di appoggio** (è in grado di compiere dei movimenti con il tronco uscendo ed entrando con il baricentro dalla base di appoggio? Ecc ...)
- **poter svolgere attività con arti superiori** (il tronco è in grado di sostenere il peso e l'attività degli arti? Può seguire il movimento degli arti ad es. per raggiungere oggetti lontani? Ecc ...)
- **risposte alle perturbazioni** (se riduce la base d'appoggio riesce a mantenere l'allineamento? Utilizza in modo efficiente gli arti superiori o il tronco per recuperare/mantenere l'equilibrio? Utilizza reazioni di equilibrio con il timing e modalità adeguate? Ecc ...)



Descrizione analitica del movimento funzionale degli arti SUPERIORI sia dal punto di vista articolare che articolare a livello di tronco-spalla gomito polso e mano individuando strategie e compensi

Posizione di partenza:

Movimento:

Posizione finale:

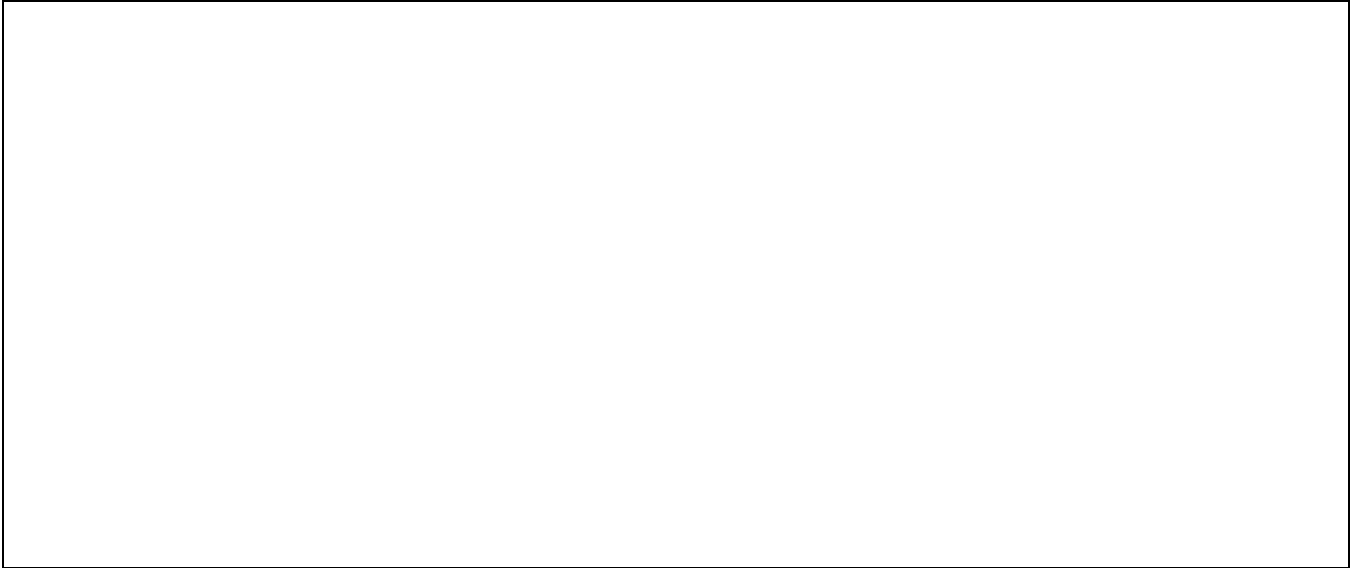
Valutazione del passaggio seduto stazione eretta e del passaggio stazione eretta seduto: descrivere come il paziente effettua il passaggio e con quali strategie, tipo di facilitazione/assistenza (Esempio: è in grado di flettersi anteriormente per spostare il baricentro in avanti? Come utilizza gli arti inferiori e gli arti superiori? Ecc ...)

Valutazione dei passaggi posturali (descrivere come il paziente effettua il passaggio, le strategie utilizzate e il tipo di facilitazione/assistenza che necessita):

- a) Letto-carrozzina
- b) Supino-seduto
- c) Nel letto

## VALUTAZIONE DELLA STAZIONE ERETTA:

Descrizione della stazione eretta (Come mantiene la posizione eretta il paziente? Mantiene l'allineamento? Come si presenta nei tre piani? Compaiono asimmetrie/compensi?)



Descrizione delle competenze e delle strategie utilizzate in stazione eretta in relazione a:

- capacità di allinearsi all'interno della base d'appoggio (è in grado di mantenere la posizione senza l'ausilio di appoggio? è in grado di allineare correttamente sulla base d'appoggio data dai piedi capo, cingolo scapolare, cingolo pelvico? È in grado di mantenere una corretta estensione di anca e di ginocchia?)
- muoversi all'interno della base d'appoggio
- muoversi uscendo dalla base di appoggio
- poter svolgere attività con gli arti superiori
- risposte alle perturbazioni (riesce a mantenere corretto allineamento variando la base d'appoggio? È in grado di mantenere l'appoggio monopodalico? Se sollecitate sono presenti reazioni di equilibrio? Ecc....)



Valutazione della deambulazione (descrivere analiticamente le strategie utilizzate a livello degli AASS, tronco, anche, ginocchia, t.t e piede nella fase di *stance* dx e sx e in quella di avanzamento (dx e sx), le variazioni nella simmetria e nella durata del passo, l'utilizzo di eventuali ausili o facilitazioni):

Indicare le possibili CAUSE DELLE PROBLEMATICHE evidenziate nel cammino

Scale somministrate (le scale sono importanti misure di *outcome*. Motiva, quindi, la scelta di eventuali scale utilizzate. Riporta i punteggi, la data di rilevazione e le possibili implicazioni dal punto di vista riabilitativo)

**N.B. allegare eventuali schede di valutazione in uso presso le sedi cliniche.**

Limitazione nelle attività di vita quotidiana e restrizione della partecipazione (indica se e come la lesione/menomazione condiziona le attività della vita quotidiana del soggetto, la sua vita di relazione e quindi i suoi rapporti familiari, lavorativi e sociali)

Segnala prima di procedere eventuali dati mancanti e/o elementi di rischio che possano aver condizionato la raccolta dati, la valutazione ed il ragionamento clinico. Spiega in che misura e come essi possano influenzare la diagnosi fisioterapica. Argomenta le possibili implicazioni)

***Domande di riflessione per lo studente:***

- *Tutti i dati che ho raccolto sono davvero rilevanti dal punto di vista riabilitativo?*
- *Tutti i dati che ho raccolto mi consentono di avere un'immagine globale della persona presa in carico?*
- *Ho rilevato i bisogni riabilitativi, le aspettative, l'impatto dei problemi sulle attività della vita quotidiana e il livello di partecipazione del paziente?*

**PRIMA DI PROCEDERE RICORDA CHE** dall'analisi, interpretazione e sintesi dei dati raccolti (valutazione fisioterapica) è possibile generare: diagnosi fisioterapica, prognosi fisioterapica, obiettivi e piano di trattamento. La valutazione è quindi quel processo, continuo e ciclico per definizione, che permea tutto l'intervento riabilitativo dalla raccolta dati iniziale fino alla verifica finale dei risultati attesi/dimissione

**RIASSUMI QUINDI I DATI RICAVATI** DAL COLLOQUIO E DALL'*ASSESSMENT* **NELLA TABELLA SOTTOSTANTE REDATTA SECONDO IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE** PRIMA DI PROCEDERE CON LA DIAGNOSI FISIOTERAPICA. Utilizzando, quindi, semplici frecce individua le possibili relazioni esistenti tra i vari elementi di valutazione.

<b>Condizioni di Salute</b>	
<b>Struttura e funzione</b>	<b>Attività e partecipazione</b>
<b>Fattori personali</b>	<b>Fattori Ambientali</b>

## LEGENDA

**CONDIZIONE DI SALUTE:** riguarda la malattia (acuta o cronica), disturbo, lesione o trauma.

**STRUTTURA E FUNZIONE:** Si riferisce ai dati rilevati riguardanti le alterazioni a livello psicofisico (STRUTTURE) e alle relative alterazioni funzionali (FUNZIONE) in positivo o in negativo

**ATTIVITA':** si intendono le restrizioni e/o limitazioni della persona, in seguito alla patologia. È l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo.

**PARTECIPAZIONE:** è il coinvolgimento di una persona in una situazione di vita. Essa rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento. Le restrizioni della partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni.

**FATTORI CONTESTUALI:** sono i fattori che riguardano la persona e l'ambiente. Sono i fattori che nell'insieme costituiscono l'intero contesto della vita di un individuo e si dividono in:

- **FATTORI AMBIENTALI:** sono le modificazioni a casa, nell'ambiente lavorativo, ecc., che sono state apportate in seguito alla patologia. Riguardano gli aspetti del mondo esterno che formano il contesto di vita e hanno un impatto sull'aspetto funzionale della persona.
- **FATTORI PERSONALI:** sono i dati personali e fattori correlati all'individuo (anagrafici, fisiologici, lavorativi, psicologici, emotivi)

**C. RAGIONAMENTO CLINICO:** Sulla base della tabella precedente rielaborare i dati e descrivere il tipo di relazione; indicare i punti di forza e i *deficit* del paziente identificando i bisogni principali del paziente e i fattori che hanno un impatto sul problema, in modo positivo o negativo, in modo da generare un'ipotesi del perché il paziente stia vivendo quel particolare problema



**NB Ragionamento clinico:** elaborazione/riflessione/analisi dati

Fase del Processo che permette, a partire dall'elaborazione dei dati rilevati, di trarre delle deduzioni, fornire delle spiegazioni formulare ipotesi, esprimendo un giudizio clinico

Consente di evidenziare i problemi (menomazioni, limitazioni delle attività, restrizioni alla partecipazione e barriere legate al contesto e ai fattori personali) ed i punti di forza (strutture/funzioni integre, partecipazione presente e fattori personali facilitanti). Mettendo in relazione i dati evidenziati con le conoscenze acquisite e la propria esperienza clinica, formulare delle ipotesi per definire i bisogni del paziente, gli obiettivi di trattamento e le strategie di intervento. Le ipotesi andranno rivalutate costantemente in base ai risultati ottenuti

**D. DIAGNOSI FUNZIONALE/FISIOTERAPICA:** determinazione, basata sulla valutazione ed il ragionamento clinico, dei danni strutturali, delle limitazioni funzionali, della restrizione alla partecipazione risultanti da disfunzioni di movimento correlate allo specifico patologico del paziente. La diagnosi tiene conto di fattori che possono influenzare negativamente ma anche positivamente il funzionamento della persona ed è necessaria a "dirigere la prognosi, il piano di cura e gli interventi terapeutici"

**Note per la compilazione:** nella definizione della diagnosi funzionale/fisioterapica organizza e descrivi i dati raccolti mediante l'anamnesi e l'*assessment* della persona, sottolineandone le correlazioni e le interdipendenze ed argomentando la rilevanza in termini di priorità (intesa quindi come importanza).

**Domande di riflessione per lo studente:**

- *La diagnosi fisioterapica è rappresentativa dei reali problemi riabilitativi del paziente?*
- *Nella diagnosi è descritto in che modo le menomazioni individuate possono influenzare le attività e la partecipazione del paziente?*
- *La mia diagnosi mi consente di stabilire le priorità di intervento rispetto ai bisogni riabilitativi del paziente?*

**E. PROGNOSE FISIOTERAPICA/OUTCOME GLOBALE ATTESO** (predizione del livello di funzionamento ottimale della persona come risultato atteso del trattamento riabilitativo)

**Note per la compilazione:** nella definizione della prognosi fisioterapica esplicita ed argomenta il risultato atteso ed i tempi previsti per raggiungerlo, i fattori predittivi positivi e negativi quali complessità, gravità, acutezza o cronicità e decorso atteso, stato generale premorbo della persona, ecc.

**Domande di riflessione per lo studente:**

- *Nella prognosi ho riportato il miglior funzionamento raggiungibile dalla persona assistita e il tempo indicativo necessario per raggiungerla?*
- *Ho tenuto conto dei fattori predittivi positivi e negativi sia di natura clinica che di contesto (personali ed ambientali)*

## F. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI RIABILITATIVI:

Inserire **gli obiettivi fisioterapici**: coincidono con i **risultati attesi** e quindi con i cambiamenti previsti, in termini di funzionamento della persona, quale esito dell'intervento fisioterapico deciso ed attuato; devono essere centrati sulla persona e con essa condivisi, specifici, misurabili, realistici e limitati nel tempo come previsto dal metodo SMART; sono la "logica" conseguenza della valutazione ovvero dell'interpretazione dei dati soggettivi e oggettivi raccolti). Per misura di esito/ valutazione si intende le modalità valide e standardizzate con cui testimoniare le variazioni nelle condizioni di una struttura/attività/funzione/partecipazione della persona assistita (per maggiori info circa le scale di valutazione visita sito *Rehabilitation measures database* <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures>) oppure l'osservazione di una specifica performance. **NB: non confondere gli obiettivi con il programma di trattamento.**

**OBIETTIVI PRIMARI:** gli **obiettivi individuati devono essere specifici per la persona da riabilitare.** Per ciascuno di esso va definito: il livello di priorità, gli strumenti di misura/scale di valutazione adottate, il cronogramma delle rilevazioni (ogni quanto vanno effettuate?), indicatori di risultato (risultati attesi in termine di livello ad es. di dolore percepito, gradi articolari, livello di forza, livello di performance...).

Obiettivo n.1 Data:		
Livello di Priorità  <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Basso	Strumento di Misura/Scala di valutazione  _____	Cronogramma  <input type="radio"/> Data 1^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data 2^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data 3^rilevazione: _____
Indicatore (misura di esito) di risultato alle diverse rilevazioni	<input type="radio"/> 1^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 2^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 3^ rilevazione: _____	

Obiettivo n.2 Data:		
Livello di Priorità  <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Basso	Strumento di Misura/Scala di valutazione  _____	Cronogramma  <input type="radio"/> Data1^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data2^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data3^rilevazione: _____
Indicatore (misura di esito) di risultato alle diverse rilevazioni	<input type="radio"/> 1^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 2^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 3^ rilevazione: _____	

Obiettivo n.3 Data:		
Livello di Priorità  <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Basso	Strumento di Misura/Scala di valutazione  _____	Cronogramma  <input type="radio"/> Data1^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data 2^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data3^rilevazione: _____
Indicatore (misura di esito) di risultato alle diverse rilevazioni	<input type="radio"/> 1^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 2^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 3^ rilevazione: _____	

Obiettivo n.4 Data:		
Livello di Priorità <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Basso	Strumento di Misura/Scala di valutazione _____	Cronogramma <input type="radio"/> Data1^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data 2^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data3^rilevazione: _____
Indicatore (misura di esito) di risultato alle diverse rilevazioni	<input type="radio"/> 1^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 2^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 3^ rilevazione: _____	
Obiettivo n.5 Data:		
Livello di Priorità <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Basso	Strumento di Misura/Scala di valutazione _____	Cronogramma <input type="radio"/> Data1^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data 2^rilevazione: _____ <input type="radio"/> Data3^rilevazione: _____
Indicatore (misura di esito) di risultato alle diverse rilevazioni	<input type="radio"/> 1^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 2^ rilevazione: _____ <input type="radio"/> 3^ rilevazione: _____	

Descrivere e argomentare le interrelazioni e correlazioni fra obiettivi:

NB: per obiettivo prioritario si intende obiettivo che deve necessariamente raggiunto altrimenti diversamente comprometterebbe l'*outcome* ipotizzato. La relazione tra gli obiettivi indica il condizionamento reciproco sul funzionamento della persona, il fatto che il raggiungimento di un obiettivo può consentire/ migliorare il raggiungimento di un altro

**Domande di riflessione per lo studente:**

- Sono stato in grado di identificare per ogni problema un obiettivo?
- Sono riuscito a spiegare questa relazione?
- Sono riuscito a collegare all'obiettivo un outcome raggiungibile e misurabili?

G. PROPOSTE DI TRATTAMENTO - Descrizione dell'intervento riabilitativo:

Problema	Obiettivo	Intervento

**Note per la compilazione: le proposte di trattamento** devono essere scelte sulla base della raccolta dati, della diagnosi e degli obiettivi ad essa correlati e devono essere dettagliatamente descritte e argomentate. Per ogni problema rilevato va individuato il relativo obiettivo (o obiettivi); per ogni obiettivo deve essere individuata la relativa (o relative) proposta/e di intervento. Per ogni intervento va specificato il tipo di proposta effettuata e la tipologia di facilitazione individuata

**Intervento educativo** (sul paziente *e/o caregiver*)

--

**H. VERIFICA DEI RISULTATI:** (da effettuare al termine della presa in carico riabilitativa da parte dello studente al fine di verificare gli scostamenti tra risultati attesi e risultati ottenuti; lo studente dovrà argomentare, evidenziando risorse e limiti, le possibili cause di questi scostamenti ed eventuali modificazioni delle strategie di intervento)

**Domanda di riflessione per lo studente:**

- *I risultati ottenuti sono quelli previsti all'inizio del percorso riabilitativo?*
- *Hai incontrato problemi e/o criticità durante la realizzazione degli interventi fisioterapici?*
- *Se sì, quali e quali modifiche hai dovuto eventualmente apportare per il raggiungimento dell'outcome previsto/i?*

**I. EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO DELLE DECISIONI CLINICHE:**

**Note per la compilazione:** Effettuare una ricerca nelle banche dati di articoli inerenti allo specifico caso clinico-riabilitativo; analizzare e descrivere brevemente il contenuto e indica in che modo le informazioni fornite possano esserti di supporto nel trattamento o nel modificare le decisioni prese.

*Della bibliografia reperita è necessario riportare il riferimento completo (autori, titolo, anno, rivista, volume, pagine...)*



DATA	

### M. RIFLESSIONE SULL'ESPERIENZA DI TIROCINIO:

Descrivere l'impatto emotivo conseguente alla relazione con il paziente e della sua condizione patologica, riflessioni personali

### O. FEEDBACK DEL TUTOR DIDATTICO (inerente agli aspetti metodologici):

Commenti e suggerimenti del tutor didattico all'elaborato (punti di forza, punti di debolezza, proposte di miglioramento...)