

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

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

Data visita: 25/02/2025

Luogo: Via Curtoli 26, Torre del Greco

In data odierna, è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione della Signora Russo Chiara. L'abitazione si presenta ordinata, pulita e ben curata, con spazi ampi che contribuiscono a garantire un ambiente confortevole.

La Signora Russo appare curata nell'igiene personale. Tuttavia, presenta difficoltà acustiche che influenzano la sua capacità di rispondere in modo completo alle domande, limitando parzialmente la comunicazione. Si segnala un umore molto basso, che la paziente attribuisce alla totale perdita di autonomia verificatasi nell'ultimo anno a seguito di un ictus che l'ha privato della capacità di deambulare.

La Signora Russo vive con due dei suoi sette figli, i quali si alternano nella cura quotidiana della madre e nella gestione della casa. La presenza di altri familiari consente di alleggerire il carico di assistenza, garantendo un supporto costante per la signora. La paziente è vedova e, purtroppo, non ha altra assistenza esterna.

Torre del Greco, 25-02-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

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

Vive con il figlio, e viene accudita anche dagli altri figli.

La paziente si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene, non è autosufficiente nella gestione del quotidiano.

Dopo l'ictus (avvenuto a Marzo del 2024) la paziente riferisce il peggioramento delle sue condizioni fisiche e patologiche. Inoltre, la paziente riferisce perdita di memoria.

Tono dell'umore severamente deflesso, causato dalla perdita completa della sua autonomia e della sua condizione patologica.

Poco orientata nel tempo e nello spazio, eloquio scarso.

Torre del Greco, 25-02-2025

**CASE MANAGER**  
dott.  
VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	26-02-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	3406870136
È seguito dal servizio sociale di			

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

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

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Colantuono	Nome	Maria Grazia
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Avellino	Telefono	3406870136
2)Cognome	Colantuono	Nome	Concetta
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3402500867
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	3		
Composto da	madre, due 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
Se inadeguata, cosa manca?	È troppo piccola È umida Manca l'ascensore (barriere architettoniche) Ci sarebbero molti lavori da fare Mancano spazi esterni Altro (specificare)
A che titolo l'utente occupa l'abitazione?	Affitto Proprietà Comodato Altro titolo

## Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare)
Per quante ore in media alla settimana?	
La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?	Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (specificare)

## Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale o di invalidità Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 26-02-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa  
AMENO ALESSIA

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

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Codice Fiscale	RSSCHR40T45L259A
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA CURTOLE 26	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3406870136
Data ammissione	17-02-2025	Data dimissione	

**DIAGNOSI**

CODICE EMIPARESI DA ICTUS

EVENTUALI NOTE:

**SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA****ANAMNESI FAMILIARE****ANAMNESI FISIOLOGICA:****ANAMNESI REMOTA:**

CVC

Epilessia secondaria

Ipercolesterolemia

Pacemaker (2021)

Epatite HCV correlata

Cardiomiopatia dilatativa

Fratture costali dx

## ANAMNESI PROSSIMA

## ANAMNESI PATOLOGICA:

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

## ANAMNESI RIABILITATIVA:

## AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

---

Torre del Greco, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di Ictus
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	01
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01  b730.2
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:	90

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

--

Data	18-04-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

**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 emiparesi sinistra da ictus; 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:**

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, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; emiparesi sinistra da esiti di ictus ischemico; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare emilato sinistro; difficoltà nei movimenti fini, nei passaggi posturali, nella deambulazione e nella deglutizione.

Torre del Greco, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

**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, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

**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, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di Ictus
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	01
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	01  b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d4500.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e 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	12-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 12-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con esiti di ictus; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare passaggi posturali
- Migliorare deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Esecuzione di passaggi posturali
- Esercizi di equilibrio

**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	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

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

Paziente in condizioni cliniche stanzonarie, vigile, collaborante, discretamente orientata nel tempo e nello spazio; esiti di ictus, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, necessita di assistenza per i passaggi posturali, la deambulazione (con girello) e le principali autonomie.

Torre del Greco, 12-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

**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	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

**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>50</b>

Torre del Greco, 12-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	RUSSO	Nome	CHIARA
Data di nascita	05-12-1940	Cartella Clinica n.	7977

**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# Esiti di ictus		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di ictus		

**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, 12-05-2025