

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Codice Fiscale	SRRMNN77M55L259C
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA CIRCUMVALLAZIONE 44C	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	0818491431
Data ammissione	28-10-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE ANGIOITE CEREBRALE PRIMARIA

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

ANAMNESI PROSSIMA

ANAMNESI PATHOLOGICA:

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

ANAMNESI RIABILITATIVA:

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Torre del Greco, 04-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Angioite Cerebrale primaria
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):	04
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 forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM + LT
Frequenza:	2/7 + 2/7
Durata:	120 - 120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	04-11-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 04-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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 Vasculopatia Cerebrale primitiva, Afasia ed Emiparesi sinistra; difficoltà di fonazione, deglutizione, passaggi posturali e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare forza
- Migliorare passaggi posturali
- Migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

- Rinforzo muscolare
- 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, 04-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da emiparesi sinistra da Vasculopatia Cerebrale primitiva e Afasia; ridotto ROM, forza e trofismo muscolare emilato sinistro; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione; difficoltà di fonazione e deglutizione a solidi e liquidi.

Torre del Greco, 04-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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, 04-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA			
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905			

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: 99 /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: 65 /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: 99 /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: 64 /100							

Torre del Greco, 04-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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, 04-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi sinistra; vasculopatia
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):	01 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM + LT
Frequenza:	2/7 + 2/7
Durata:	120 - 120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	11-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 11-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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 e Afasia da Vasculopatia; difficoltà nei passaggi posturali e nell'equilibrio.

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare ROM
- Migliorare forza
- Migliorare equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

- Mobilizzazione attiva e passiva
- Rinforzo muscolare
- 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, 11-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da emiparesi sinistra da Vasculopatia Cerebrale primitiva e Afasia; ridotto ROM, forza e trofismo muscolare emilato sinistro; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione; difficoltà di fonazione e deglutizione a solidi e liquidi.

Torre del Greco, 11-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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, 11-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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, 11-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

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# Emiparesi sinistra; Afasia		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi sinistra; Afasia		

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 (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 11-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 27 Maggio 2025**Partecipanti al colloquio:** Signora Sorrentino Marianna**Intervento riabilitativo in atto:** Rnm (3 settimanali)**Osservazioni emerse:**

Sorrentino Marianna , 48 anni, Emiparesi sinistra; vasculopatia.

In data 27/ 05/ 25 si effettua visita colloquio conoscitivo con la Signora Sorrentino Marianna.

La Signora si presenta curata nell'igiene e nell'ordine, ben collocata nello spazio e nel tempo.

La Signora non è verbale, riferisce essere un esito di ischemia post parto, dieci anni fa , comunica tramite l'utilizzo del comunicatore.

Nonostante la diagnosi riesce a vivere una vita regolare.

Umore basso.

Il rapporto con la struttura e i terapisti è descritto in termini positivi.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dalla paziente, dal marito (con il quale riferisce di essere separata in casa) e da due figli di 10 e 14 anni.

Il nucleo familiare si sostiene economicamente grazie al reddito del marito, commerciante di fiori, e alla pensione di invalidità riconosciuta alla paziente.

La Signora ha descritto una rete familiare insufficiente.

Torre del Greco,27-05-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Sorrentino Marianna (48 anni), con diagnosi di emiparesi sinistra e vasculopatia.

Diventa non verbale a seguito di ischemia cerebrale dopo la seconda gravidanza (10 anni fa).

La paziente si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale.

Buono il rapporto tra il livello cognitivo ed emotivo. Tono dell'umore medio-basso in relazione alla condizione fisica.

Orientata nel tempo e nello spazio. Buona rete familiare.

Torre del Greco, 27-05-2025

CASE MANAGER
dott.
VISCIANO RAFFAELE

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Torre del Greco, 27-05-2025

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	27-05-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MARIANNA
Data di nascita	15-08-1977	Cartella Clinica n.	7905
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	

Insegnante di sostegno:	SI	NO
È avvenuta la presa in carico dei servizi sociali?	SI	NO

Riferisce di essere titolare di:

Assegno di cura	SI	NO
Indennità di frequenza	SI %	NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma		
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza		
Trattamento riabilitativo:	Privato	Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI %	NO
Se sì, indicare quali?		

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
2)Cognome		Nome	
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	paziente, marito e due figli		
I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo?	SI	NO	

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, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di:	Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune) Servizi a pagamento (es. babysitter) Riabilitazione privata Nulla Collaboratrice domestica
Rete sociale della famiglia:	Rete sociale soddisfacente Rete sociale sufficiente Rete sociale insoddisfacente Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie Non ha possibilità di una rete sociale
Partecipa ad attività ricreative, sportive, culturali e del tempo libero?	SI NO
Elencare quali?	
Partecipa ad attività associative?	SI NO
Elencare quali?	
Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione?	Non è bersaglio Lo è molto saltuariamente Lo è frequentemente Lo è molto frequentemente anche con bullismo

Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione Rendita Pensione di reversibilità 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 Prestazioni riabilitative private Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito?	Assegno di cura Indennità di comunicazione Indennità di frequenza Assegno di cura Indennità di accompagnamento pensione di invalidità
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 Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo 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 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, 27-05-2025

ASSISTENTE SOCIALE
 dott.ssa

AMENO ALESSIA