

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Codice Fiscale	NBSNNZ78E60L245J
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	
Indirizzo	VIA GAETANO DE BOTTIS,27	CAP	
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3291836517
Data ammissione	24-02-2014	Data dimissione	

### DIAGNOSI

CODICE EMIPARESI

Emiparesi destra da esiti di ictus cerebrale

EVENTUALI NOTE:

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE

Padre affetto da carcinoma laringo-faringeo

### ANAMNESI FISIOLOGICA:

Nata a termine

normali tappe dello sviluppo psicomotorio

Menarca a 14aa

### ANAMNESI REMOTA:

CEI
Tonsillectomia, appendicectomia, Colectistectomia

### ANAMNESI PROSSIMA

febbraio 2010 microembolia polmonare
aprile 2010 trombosi
maggio 2010 ricovero per emiparesi monolaterale
Angina instabile
Artrosi generalizzata
Fibrillazione atriale

### 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,18-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di ictus ischemico 01
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
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
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare forza
Ridurre contratture muscolari
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

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

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

--

Data		Responsabile del progetto	
------	--	------------------------------	--

Torre del Greco,18-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**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 destra da esiti di ictus; difficoltà nell'equilibrio e nella deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare forza

Migliorare equilibrio e deambulazione

Ridurre contratture muscolari

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Trattamento decontratturante muscoli paravertebrali

Rinforzo muscolare

Esercizi di equilibrio e training del passo

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,18-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; emiparesi destra da esiti di ictus, ridotto il ROM dell'emilato destro, ridotta la forza e il trofismo muscolare; difficoltà nell'equilibrio, nella deambulazione e nella deglutizione (solidi > liquidi)

Torre del Greco,18-09-2023



**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Si riunisce l'equipe per rivalutare le condizioni cliniche e funzionali della paziente. Si formula il programma riabilitativo.

Torre del Greco,18-09-2023

PAZIENTE:

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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)	85

Torre del Greco,18-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**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 con emiparesi destra		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di ictus con emiparesi destra		

**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
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

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

Torre del Greco,18-09-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

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

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

Non si rilevano deficit cognitivi, né turbe comportamentali o disturbi del pensiero.

Conduce una vita quotidiana aderente alle proprie condizioni ed esigenze.

Ben assistita nelle cure nel contesto familiare.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Torre del Greco, 05-12-2023

**TERAPISTA**

dott.ssa

D AMBROSIO GIOVANNA

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi destra
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH) 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
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare Forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

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

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

--

Data	12-03-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**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 destra da esiti di ictus cerebrale; difficoltà di equilibrio e deambulazione.

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare forza  
Migliorare equilibrio  
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Rinforzo muscolare  
Esercizi di equilibrio  
Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,12-03-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio. Emiparesi destra da esiti di ictus cerebrale; ridotta la forza e il trofismo muscolare emilato destro; leggermente ridotto il ROM emilato destro (estensione di gomito, ROM di spalla); lassità legamentosa bilaterale alle caviglie, per cui indossa tutori per stabilità caviglia. Difficoltà di equilibrio e passaggi posturali; discreti i passaggi punta-tallone; difficoltà nella deglutizione (solidi>liquidi).

Torre del Greco,12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Si riunisce l'equipe per rivalutare le condizioni cliniche e funzionali della paziente. Si formula il programma riabilitativo.

Torre del Greco,12-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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)	85

Torre del Greco,12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**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 destra da esiti di Ictus		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi destra da 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
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

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

Torre del Greco,12-03-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi destra
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
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
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Miglioramento del ROM
Miglioramento 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	13-09-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,13-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**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 minima assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare equilibrio e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
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,13-09-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio. Emiparesi destra da esiti di ictus cerebrale; ridotta la forza e il trofismo muscolare emilato destro; leggermente ridotto il ROM emilato destro (estensione di gomito, ROM di spalla); lassità legamentosa bilaterale alle caviglie, per cui indossa tutori per stabilità caviglia. Difficoltà di equilibrio e passaggi posturali; discreti i passaggi punta-tallone; difficoltà nella deglutizione (solidi>liquidi).

Torre del Greco,13-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Si riunisce l'equipe per rivalutare le condizioni cliniche e funzionali della paziente. Si formula il programma riabilitativo.

Torre del Greco,13-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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)	85

Torre del Greco,13-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**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
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

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

Torre del Greco,13-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	OTH04 Altra deformità congenita-altre menomazioni disabilitanti(OTH)
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
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 forza
Migliorare passaggi posturali

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

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

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

--

Data	12-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**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 da Ictus; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
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,12-03-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio. Emiparesi destra da esiti di ictus cerebrale; ridotta la forza e il trofismo muscolare emilato destro; leggermente ridotto il ROM emilato destro (estensione di gomito, ROM di spalla) e anche bilateralmente come da coxartrosi; lassità legamentosa bilaterale alle caviglie, per cui indossa tutori per stabilità caviglia. Difficoltà di equilibrio e passaggi posturali; discreti i passaggi punta-tallone; difficoltà nella deglutizione (solidi>liquidi).

Torre del Greco,12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta.

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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)	85

Torre del Greco,12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

**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 da Ictus		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi da 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
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

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

Torre del Greco,12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Data: 1 Aprile 2025

Partecipanti al colloquio: Signora Neboso Nunzia

Intervento riabilitativo in atto: RNM (3 volte a settimana)

**Osservazioni emerse**

Neboso Nunzia, 47 anni, con diagnosi di Emiparesi destra.

Durante il colloquio, la Signora si presenta curata nell'igiene e nell'abbigliamento, ben orientata nello spazio e nel tempo. È in grado di rispondere adeguatamente agli stimoli forniti e di ricostruire la propria routine quotidiana.

La paziente riferisce di avere affrontato diverse difficoltà di salute negli ultimi 14 anni, con un percorso terapeutico avviato da allora. Le problematiche motorie legate alla diagnosi spesso la costringono a rimanere in casa, influenzando negativamente il suo umore, che appare instabile e tendenzialmente basso.

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

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dalla paziente, dal marito e da due figli, di cui uno vive fuori casa.

La Signora riferisce di avere rapporti difficili con i figli, in particolare con la figlia, che ha avuto disturbi dell'alimentazione. Viene spesso percepita dai familiari come "vittima", il che contribuisce a una conflittualità familiare.

Il nucleo familiare si sostiene economicamente grazie al reddito del marito, marittimo, e alla pensione di invalidità (100%) percepita dalla paziente.

La Signora descrive una rete familiare scarsa e poco presente, con difficoltà nel ricevere supporto.

Torre del Greco, 01-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771

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

Al colloquio è presente Neboso Nunzia (47 anni) con diagnosi di emiparesi destra da ictus cerebrale e lesioni vascolari multiple, il tutto negli ultimi 14 anni.

Si presenta curata nell'aspetto e nell'igiene personale.

Si presenta orientata nel tempo e nello spazio, eloquio fluente, buona la narrazione.

Livello motorio e cognitivo adeguato. Livello emotivo segnato dalla storia clinica con tono dell'umore medio basso (in cura psichiatrica con farmacoterapia).

Riferisce difficoltà di addormentamento.

Al momento il disagio psicopatologico presentato dalla paziente è sotto adeguato controllo.

Torre del Greco, 01-04-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	01-04-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	NEBOSO	Nome	NUNZIA
Data di nascita	20-05-1978	Cartella Clinica n.	4771
Luogo	TORRE ANNUNZIATA		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	Licenza media

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	Pensione di invalidità 100%	
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?	Figlia disturbi dell'alimentazione	

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Ciniccola	Nome	Massimiliano
Rapporto di parentela	Marito		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3291808191
Condizione professionale	Marittimo		
2)Cognome		Nome	
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	Signora, marito, 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 Altro (specificare)
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
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 terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco,01-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa

AMENO ALESSIA