

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Codice Fiscale	CNFGFR69A01L259E
Comune Residenza	Torre del Greco	Provincia	NA
Indirizzo	Via Mortelle 115	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	
Data ammissione	20-09-2023	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE 01

Esiti di ictus con emiparesi destra

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

Nel 2018 episodio ictale. Iperensione arteriosa; ipercolesterolemia; protesi anca 2020; episodio convulsivo a 10 anni

ANAMNESI PROSSIMA

Emiparesi destra da esiti di ictus; esiti di riduzione di lussazione PTA dx; ipertensione oculare; epilessia in trattamento farmacologico.

ANAMNESI PATOLOGICA:

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

ANAMNESI RIABILITATIVA:

Emiparesi destra; mano emiplegica; deficit di flessione dorsale caviglia destra; deficit dell'equilibrio.

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Torre del Greco,20-09-2023

PAZIENTE:

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	

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 d450.2.2
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 equilibrio e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

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

Torre del Greco,20-09-2023

PAZIENTE:

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	

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; emiparesi destra; ridotto ROM e forza muscolare; necessita di assistenza per i passaggi posturali e la deambulazione.

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,20-09-2023

PAZIENTE:

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; esiti di ictus con emiparesi destra; ridotto il ROM, il trofismo e la forza dell'emilato destro; descritte difficoltà di equilibrio, deambulazione e passaggi posturali; difficoltà nella deglutizione con ipersalivazione.

Torre del Greco, 20-09-2023

PAZIENTE:

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	

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

Si riunisce l'equipe per rivalutare lo stato clinico e funzionale del paziente. Viene stilato il Programma riabilitativo

Torre del Greco,20-09-2023

PAZIENTE:

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	

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=dependente 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=dependente 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=dependente 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)	60

Torre del Greco,20-09-2023

PAZIENTE:

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	

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; Emiparesi destra		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di ictus; emiparesi destra		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,20-09-2023

PAZIENTE:

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

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

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

Tono dell'umore normo orientato.

Adeguate il sostegno familiare nel supporto delle autonomie personali, emotivo-affettive e sociali.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Torre del Greco,10-10-2023

PAZIENTE:

Cognome	Confuorto	Nome	Gianfranco
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	

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

Si effettua in data odierna l'incontro con il paziente che appare disponibile collaborante e con un buon tono dell'umore .

Discretamente autonomo conduce una vita sociale appagante

Il contesto familiare è riferito di adeguato sostegno , fa uso di ausili riabilitativi .

Torre del Greco,09-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Quirola Alba

PAZIENTE:

Cognome	CONFUORTO	Nome	GIANFRANCO
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	7750

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 9 Aprile 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Confuorto Gianfranco, Signora Joanna**Intervento riabilitativo in atto:** Rieducazione neuro-motoria (2 volte a settimana)**Osservazioni emerse**

Confuorto Gianfranco, 56 anni, presenta esiti di ictus. Durante il colloquio si è mostrato curato nell'aspetto, orientato nel tempo e nello spazio, con capacità di rispondere in maniera adeguata agli stimoli e di ricostruire la propria quotidianità.

Riferisce una buona autonomia nelle attività della vita quotidiana, nonostante una paralisi della parte destra del corpo, esito di un'embolia avvenuta all'età di 10 anni e successivamente aggravata da un episodio di ictus.

Dal punto di vista emotivo, presenta un tono dell'umore altalenante: nei momenti di solitudine tende a sperimentare stati d'ansia e tristezza.

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

Contesto familiare

Il nucleo familiare è costituito dal paziente, dalla compagna e dal figlio di 21 anni. Il sostegno economico deriva dalla pensione di invalidità percepita dal Signor Confuorto.

È presente una rete familiare stabile e partecipe, ritenuta adeguata a garantire supporto sia emotivo che pratico nelle esigenze quotidiane.

Torre del Greco, 09-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	09-04-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	CONFUORTO	Nome	GIANFRANCO
Data di nascita	01-01-1969	Cartella Clinica n.	7750
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	no	
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	Joanna	Nome	Krystyna
Rapporto di parentela	compagna		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3487041446
Condizione professionale	disoccupata		
2)Cognome		Nome	
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	3		
Composto da	paziente, compagna e figlio		
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 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 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 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, 09-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa

AMENO ALESSIA