

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Codice Fiscale	RLAMHL58D09L259V
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA BENEDUCE 24	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3480591418
Data ammissione	02-05-2025	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE 04

CVC

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

Fibrillazione atriale

Cardiopatía ischemica cronica

Stent coronarici (2018 e 2023)

Distacco di retina OD

Glaucoma

Ipertensione in trattamento

Dislipidemia

Scompenso cardiaco

Brocopatia

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,02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Cartella Clinica n.	8010

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	CVC
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	04
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d220
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 + LT
Frequenza:	2/7 - 2/7
Durata:	120 - 120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	02-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Cartella Clinica n.	8010

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 CVC; difficoltà di equilibrio e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e 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,02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Cartella Clinica n.	8010

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; affetto da CVC e Afasia; difficoltà nell'eloquio e nella memoria; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare emilato destro; ipoestesie emilato destro; deambulazione con stampella; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Cartella Clinica n.	8010

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,02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Cartella Clinica n.	8010

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)	75

Torre del Greco,02-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Cartella Clinica n.	8010

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

Data: 27 Maggio 2025

Partecipanti al colloquio: Signor Raiola Michele , Signora Visciano Mariacira

Intervento riabilitativo in atto: Rnm (3 settimanali), Lt (2 settimanali)

Osservazioni emerse:

Raiola Michele, 67 anni, CVC.

In data 27/ 05/ 25 si effettua visita colloquio conoscitivo con il Signor Michele Riola.

Il Signore si presenta curata nell'igiene e nell'ordine, ha difficoltà nel collocarsi nello spazio e nel tempo.

In grado di rispondere agli stimoli forniti, e di ricostruire la propria routine quotidiana.

I coniugi riferiscono che circa cinque anni fa ha avuto un infarto e si è sottoposto a diversi interventi.

Ad oggi ha difficoltà motorie e problemi di memoria, ancora non definita la diagnosi.

Difficoltà linguistiche.

Nonostante la diagnosi riesce a vivere una vita regolare.

Umore altalenante.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dalla paziente, dal marito.

Il nucleo familiare si sostiene economicamente grazie al reddito della pensione di invalidità del marito e la pensione sociale.

La Signora ha descritto una rete familiare stabile e presente, in grado di fornire un supporto in caso di necessità.

Torre del Greco,27-05-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Cartella Clinica n.	8010

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Raiola Michele (67 anni), diagnosi di CVC.

Inoltre è presente la moglie, principale caregiver.

Buono il rapporto tra il livello cognitivo ed emotivo. Tono dell'umore medio-alto, con periodi altalenanti.

Nella maggior parte del tempo è orientato nel tempo e nello spazio, con alcuni episodi di disorientamento o di problematiche mnemoniche.

Appetito e sonno nella norma.

Buona rete familiare.

Non si riscontra disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 27-05-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE

SCHEDA SOCIALE

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

PAZIENTE:

Cognome	RAIOLA	Nome	MICHELE
Data di nascita	09-04-1958	Cartella Clinica n.	8010
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniunto	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	3480591418
È seguito dal servizio sociale di			

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invalità civile	SI % NO 100%
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Visciano	Nome	Maria Cira
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3480591418
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	paziente e moglie		

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?	Sì, è una casa confortevole Sì, 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 terapeuta 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