

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio. Esiti di PAA, in paziente con pregresso K prostatico (operato 2020). Buono tono e trofismo arti superiori; parestesia arti inferiori. Paziente non deambulante, passaggi posturali possibili con assistenza. Ridotto tono arti inferiori. Autonomie possibili con assistenza.

Torre del Greco, 22-02-2023

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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)	35

Torre del Greco, 22-02-2023

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	11-07-2023
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662
Luogo	AFRAGOLA		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionato	Telefono	3286160194
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invalità civile	SI 100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO art 3 comma 3

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Augugliato	Nome	Lucia
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Telefono	3286160194
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	03		
Composto da	utente , moglie e 1 figlio interdetto		

**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?	Parent sorelle e 3 figli che vivono fuori regione. 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) nessun servizio
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 lavoro 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 I bollo auto contrassegno parcheggio disabili 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) burocrazia
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

Il paziente è sottoposto a trattamento bisettimanale, sono state fornite info circa l'inserimento del figlio disabile (41 anni) presso un centro diurno.

Fa uso di sedia a rotelle sedia elettrica e tutore con prescrizione Asl.

Motoretta e letto ortopedico acquistato autonomamente

Torre del Greco,11-07-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Quirola Alba

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di PAA
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 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:	5

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Ridurre ipertonio

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	05-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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 affetto da esiti di PAA arti inferiori; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Ridurre ipertono

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Ridurre contratture muscolari spalle e rachide cervicale

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,05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da esiti di PAA arti inferiori; ridotto il ROM dei 4 arti (AAll>AASS ed emilato sn>dx); ridotto trofismo e forza muscolare; in sedia a rotelle, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

Torre del Greco,05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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, 05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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)	35

Torre del Greco,05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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 Poliomielite		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di Poliomielite		

**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,05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di PAA
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 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2
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 passaggi posturali

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	03-01-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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 PAA arti inferiori; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare ipertono

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Ridurre contratture spalle e rachide cervicale

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,03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; esiti di PAA arti inferiori, ridotto trofismo e forza muscolare, in sedia a rotelle, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco,03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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,03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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)	35

Torre del Greco,03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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 PAA		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di PAA		

**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,03-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 17 Febbraio 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Romanucci Carmine, Signora Augugliaro Lucia**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuro-motoria**Diagnosi:** Esiti di PAA**Relazione visita domiciliare**

In data 17/06/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione del signor Romanucci Carmine, sita in Via del Gatto 18.

Il signore, di 77 anni, si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile, attento e perfettamente in grado di rispondere alle domande in modo chiaro, strutturando frasi complete e di senso compiuto. Dimostra inoltre un'ottima capacità di orientamento nel tempo.

Dal punto di vista motorio, si evidenziano difficoltà significative nella deambulazione, che limitano la sua capacità di uscire di casa e svolgere le attività quotidiane.

L'ambiente domestico appare ordinato, pulito e adeguato alle esigenze del signore, con spazi che favoriscono la mobilità.

Sul piano sociale e assistenziale, il signore dispone di una rete familiare insufficiente, ad occuparsi del paziente è esclusivamente la moglie, che deve prendersi cura anche del figlio convivente con invalidità.

Ad oggi il quadro clinico appare più complesso, dovuto all'insorgenza di un tumore alla prostata che porterà ad un ciclo di chemioterapie.

Si consiglia monitoraggio.

Torre del Greco, 17-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Romanucci Carmine (77 anni) esiti PAN arti inferiori.

Inoltre è presente la moglie, principale caregiver.

Si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale, così come l'abitazione.

Orientato nel tempo e nello spazio, non autonomo.

Tono dell'umore nella norma, con episodi di tristezza e ansia a causa di una recente diagnosi di tumore.

Appetito e sonno nella norma.

Buona rete familiare.

Non si riscontra specifico disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 17-06-2025

CASE MANAGERdott.
VISCIANO RAFFAELE

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	17-06-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662
Luogo	AFRAGOLA		
Stato civile	Congiunto	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	Pensionato	Telefono	3286160194
È seguito dal servizio sociale di			

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI NO
Invalità civile	SI % NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO art 3 comma 3

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	augugliaro	Nome	Lucia
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	torre del greco	Telefono	3286160194
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	3		
Composto da	paziente, moglie e figlio (disabile)		

**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, 17-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Esiti di PAA
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 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:	5

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 (a domicilio)
Frequenza:	2/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	24-06-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,24-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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 PAA; 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,24-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da esiti di PAA: ridotto ROM articolare, trofismo e forza muscolare, in carrozzina, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 24-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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, 24-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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)	45

Torre del Greco,24-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	ROMANUCCI	Nome	CARMINE
Data di nascita	05-11-1947	Cartella Clinica n.	6662

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 PAA		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di PAA		

**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,24-06-2025