

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
Cardiopatia ischemica cronica
Stent coronarici (2018 e 2023)
Distacco di retina OD
Glaucoma
Ipertensione in trattamento
Dislipidemia
Scompenso cardiaco
Brocopatia

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, 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.

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 |
| Invalidità 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 | | | |
| Rapporto di parentela | | | |
| Comune di residenza | | | |
| 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? | Si, è una casa confortevole Si, 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 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