

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

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

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

Paziente vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, disponibile ad effettuare il colloquio con l'esaminatore.

Con diagnosi di M. di Parkinson il paziente presenta rallentamento ideomotorio, difficoltà nella deambulazione e nell'equilibrio.

Racconta dei propri vissuti in maniera serena e tranquilla; conduce una vita quotidiana aderente alle proprie condizioni ed ai propri bisogni.

Adeguatamente sostenuto nelle cure necessarie.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Torre del Greco, 24-10-2023

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO

14-11-2023

### PAZIENTE:

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949 (74 anni)	Cartella Clinica n.	7201
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	ex responsabile Fiat	Telefono	0818824568
È seguito dal servizio sociale di		No	

### L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI	NO
Invalidità 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	Caporosa	Nome	Giuditta
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3382115308
2)Cognome	Di Maio	Nome	Salvatore
Rapporto di parentela	figlio		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
3)Tutela	Nessuna tutela Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, moglie e 2 figli		

## 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
quali ausili/presidi utilizza o ha utilizzato in e fuori casa?	Pannolini Bastone Deambulatore Materasso antidecubito Orientamento sedia a rotelle 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) Collaboratrice domestica

## 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 assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile (badante) Medicinali Ausili vari: pannolini 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 Orientamento Esenzione dal pagamento del bollo auto Contrassegno parcheggio per 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)
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

Il sig. Giuseppe racconta dei propri vissuti in maniera serena e tranquilla; conduce una vita quotidiana aderente alle proprie condizioni ed ai propri bisogni (oratorio corso presepiale per minori).

Adeguatamente sostenuto nelle cure necessarie.

Torre del Greco, 15-11-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

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

Di Maio Giuseppe, 74 anni, "paziente con malattia di Parkinson" è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 14/11/2023 il signore appare orientato nel tempo, nello spazio e nella persona.

Giuseppe vive con la moglie e i due figli. Si muove all'interno della propria abitazione grazie all'ausilio di un deambulatore e svolge autonomamente gran parte delle attività di vita quotidiana. Tuttavia, necessita occasionalmente di supporto durante lo svolgimento di autonomie personali quali lavarsi e vestirsi. Utilizza presidi per l'incontinenza. Appetito regolare, così come il ritmo sonno-veglia. L'umore appare eutimico.

Torre del Greco, 17-11-2023

**CASE MANAGER**  
Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinson
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):	03  b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI  d450.3.2
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 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	04-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**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 Parkinson; necessita di minima assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali

**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, 04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinson, tremori a riposo, ridotto trofismo e forza muscolare; deambulazione con aiuto (bastone o girello), necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; descritte frequenti perdite di equilibrio e cadute

Torre del Greco, 04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**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, 04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**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# Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinson		

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

**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 (genitore/tutore se minore)			

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

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

Giuseppe, 75 anni, è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapista che pratica il trattamento.

Giuseppe percepisce indennità di accompagnamento, oltre che una pensione da lavoro.

Legge 104/92 art 3 comma 3

Al momento del colloquio, avvenuto in data 05 dicembre 2024, Giuseppe appare orientato nel tempo e nello spazio. La moglie riferisce un peggioramento nei movimenti e che trascorre le sue giornate a casa (non coltiva più la passione presepiale presso l'oratorio).

L'utente vive con la moglie e i figli che l'assistono nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Contatti con l'Associazione Shalom circa la possibilità di inserire il paziente con il Progetto del Servizio Civile.

Ausili/presidi utilizzati: bastone, deambulatore, sedia a rotelle e pannolini.

Adeguata e presente la rete familiare.

Torre del Greco, 05-12-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

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

In data 5 Dicembre 2024 è stata svolta la visita di monitoraggio presso il domicilio del Paziente Di Maio Giuseppe, affetto da morbo di Parkinson. Il giorno della visita ci ha accolto la moglie, raggiungendo poi Giuseppe, seduto sulla poltrona del salotto. La moglie lamenta passività, poca assertività e poca reattività rispetto alla patologia; difatti sembrerebbe che Giuseppe trascorra la maggior parte delle giornate in casa, rifiutando di uscire, questo conseguente anche a sue paure dovute a suoi mancamenti nonostante il supporto del girello e del bastone. Svolge terapia 3 volte a settimana.

Giuseppe si mostra orientato nel tempo e nello spazio e disponibile al colloquio, ma con evidente abbassamento del tono umorale.

Il paziente ha due figli, lavoratori, con i quali intrattiene buoni rapporti, appoggiandosi però alla moglie per le sue attività routinarie.

Assume farmaci quali: duoplavin (per ischemia, avvenuta nel 2018), olpress per la pressione.

L' alimentazione è regolare

Il sonno è agevolato dall' assunzione di antidepressivi come il cipralex, brintellix, trittico

Torre del Greco, 07-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 8 Aprile 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Di Maio Giuseppe, Signora Caporaso Giuditta (moglie)**Luogo:** Domicilio del paziente - Viale Sfax 1, Torre del Greco**Osservazioni emerse**

Di Maio Giuseppe, 76 anni, affetto da Malattia di Parkinson.

Durante la visita domiciliare, il paziente si è presentato curato nell'igiene personale e nell'abbigliamento, collaborativo e in grado di rispondere positivamente agli stimoli, pur mostrando evidenti sintomi motori legati alla patologia.

La moglie, Signora Caporaso, ha illustrato un quadro clinico complesso, evidenziando la presenza di pluripatologie: tra cui il Parkinson, un tumore alla prostata (passato) e un'incontinenza urinaria cronica che richiede l'uso quotidiano di presidi assorbenti.

Tali condizioni rendono particolarmente impegnativa la gestione quotidiana del paziente. Il rapporto con la struttura e i terapisti è descritto in termini molto positivi, con riconoscimento del valore dell'intervento riabilitativo domiciliare.

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dal paziente, dalla moglie (75 anni) e da uno dei tre figli, convivente.

La gestione del carico assistenziale ricade totalmente sulla moglie, che ha espresso un vissuto di fatica e preoccupazione, pur continuando a occuparsi del marito con dedizione.

Il nucleo familiare si sostiene economicamente tramite la pensione del paziente e l'indennità di accompagnamento.

È presente una rete familiare definita stabile e disponibile, che offre supporto in caso di necessità, sebbene la quotidianità sia affrontata quasi esclusivamente dalla coniuge.

Torre del Greco,08-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

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

Al colloquio è presente Di Maio Giuseppe (76 anni) con diagnosi di Morbo di Parkinson (da settembre del 2012).

Il sig. Giuseppe riferisce la qualità della vita in decadenza anche a causa di altre patologie fisiche (come tumore alla prostata, operato).

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

Orientato nel tempo e nello spazio, eloquio fluente, buona la narrazione.

Buono il rapporto tra livello cognitivo ed emotivo, livello motorio compromesso.

Non si rivela particolare disagio psicopatologico, ma si presenta tono dell'umore medio basso dovuta alla conduzione di malattia e all'incapacità di svolgere attività quotidiane.

Bisogno di relazioni sociali.

Torre del Greco, 08-04-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

## SCHEDA SOCIALE

<b>DATA 1° COLLOQUIO</b>	08-04-2025
--------------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	Sposato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	Pensionato	Telefono	0818824568
È seguito dal servizio sociale di			

**L'utente e/o caregiver riferisce:**

Pensione	SI	NO (100%)
Invalidità civile	SI %	NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	Caporaso	Nome	Giuditta
Rapporto di parentela	Moglie		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3395447431
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	3		
Composto da	Moglie, figlio,marito		

## 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,08-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
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):	03  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**

Contrastare progressione della patologia	
--	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

**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	18-04-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**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 malattia di Parkinson; necessita di assistenza per i passaggi posturali e la deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare passaggi posturali  
Migliorare equilibrio e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Esecuzione di passaggi posturali ed 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, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

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

Paziente in condizioni cliniche stanziali, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinson, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; deambulazione con girello/bastone; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**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, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>60</b>

Torre del Greco, 18-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DI MAIO	Nome	GIUSEPPE
Data di nascita	03-01-1949	Cartella Clinica n.	7201

**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# Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinson		

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

**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 (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 18-04-2025