

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA**GENERALITA' DELL'ASSISTITO**

| | | | |
|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Codice Fiscale | CLBMCR54T63B077Q |
| Comune Residenza | TORRE DEL GRECO | Provincia | NA |
| Indirizzo | PRIV. DEL GATTO | CAP | 80059 |
| Prescrittore | | | |
| Asl e Distretto | | Telefono | 3331122187 |
| Data ammissione | 17-02-2025 | Data dimissione | |

DIAGNOSI

CODICE M. PARKINSON

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA**ANAMNESI FAMILIARE****ANAMNESI FISIOLOGICA:****ANAMNESI REMOTA:**

Ipotiroidismo in trattamento

Episodi frequenti di cadute con frattura braccio destro

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, 20-02-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Cartella Clinica n. | 7974 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Parkinson |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | 03 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | 03 b720.3 |
| 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 forza |
| Migliorare equilibrio |
| Migliorare deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-----|
| Tipologia Trattamento: | RNM |
| Frequenza: | 3/7 |
| Durata: | 180 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|---------------------------|--|
| Data | 20-02-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|---------------------------|--|

Torre del Greco, 20-02-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Cartella Clinica n. | 7974 |

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; difficoltà nell'equilibrio e nella deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esercizi di equilibrio
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, 20-02-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Cartella Clinica n. | 7974 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Parkinson; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; descritte difficoltà di equilibrio con frequenti cadute; deambulazione incerta; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie. Descritte difficoltà nella deglutizione (compresse)

Torre del Greco, 20-02-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Cartella Clinica n. | 7974 |

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, 20-02-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Cartella Clinica n. | 7974 |

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) | 65 |

Torre del Greco, 20-02-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Cartella Clinica n. | 7974 |

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

Data: 1 Aprile 2025

Partecipanti al colloquio: Signora Ciliberto Maria Carmela

Intervento riabilitativo in atto: RNM (3 volte a settimana)

Osservazioni emerse

Ciliberto Maria Carmela, 70 anni, con diagnosi di Parkinson.

Durante il colloquio, la Signora si presenta curata nell'igiene e nell'abbigliamento, ben orientata nello spazio e nel tempo.

È in grado di rispondere agli stimoli forniti e di ricostruire la propria routine quotidiana, seppur con difficoltà nell'elaborare concetti e frequente scambio di parole.

La paziente riferisce di aver ricevuto la diagnosi di Parkinson circa due anni fa. Nonostante la patologia, riesce a condurre una vita regolare, ma segnala problemi di memoria e difficoltà cognitive che potrebbero necessitare di ulteriori approfondimenti.

L'umore appare buono.

Il rapporto con la struttura e i terapisti è descritto in termini positivi.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dalla paziente, dal marito pensionato e da una figlia con il nipote.

La famiglia si sostiene economicamente grazie alla pensione del marito; è attualmente in corso la domanda per la pensione di invalidità per la paziente.

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

Torre del Greco, 01-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|---------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Cartella Clinica n. | 7974 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Ciliberto Maria Carmela (70 anni) con diagnosi di Parkinson da circa 3-4 anni.

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

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

Sono presenti difficoltà cognitive, seppur agli esordi, quali difficoltà mnemoniche. Infatti, riferisce aggravamento della sintomatologia rispetto alla lentezza nel movimento (esempio lavare le stoviglie) e nella difficoltà di memoria (inizialmente a dimenticare).

Buono livello emotivo e livello motorio adeguato.

Non si rivela disagio psicopatologico, ma è consigliabile riabilitazione neuro-cognitiva.

Torre del Greco, 01-04-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 01-04-2025 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|---------------------|-----------------|---------------------|--------------------|
| Cognome | CILIBERTO | Nome | MARIA CARMELA |
| Data di nascita | 23-12-1954 | Cartella Clinica n. | 7974 |
| Luogo | BOSCOTRECASE | | |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Grado di istruzione | licenza elementare |

| | | |
|--|----|----|
| 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 | | |
| 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 | Cipriano | Nome | Salvatore |
| Rapporto di parentela | Cognato | | |
| Comune di residenza | Torre del greco | Telefono | |
| Condizione professionale | | | |
| 2)Cognome | | | |
| Comune di residenza | | Telefono | |
| Condizione professionale | | | |
| N° componenti del nucleo familiare | 4 | | |
| Composto da | Signora, marito e figlia e nipoti | | |
| 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 terapista che pratica il trattamento? | 1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo |

Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco,01-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa

AMENO ALESSIA