

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Mazzarella Raffaele, 89 anni, paziente affetto da "vasculopatia cerebrale cronica, Parkinsonismo, rallentamento ideomotorio, bradicinesia, deficit dell'equilibrio e deambulazione autonoma", é sottoposto a trattamento riabilitativo bisettimanale. Il signor Raffaele vive da solo con la moglie che lo assiste e gli fornisce supporto nello svolgimento delle attività di vita quotidiana quali lavarsi e vestirsi che non riesce ad eseguire autonomamente anche a causa di problemi relativi alla vista. Al momento del colloquio appare parzialmente orientato nel tempo, nello spazio e nella persona (non ricorda la data odierna e comunica dopo un'attenta riflessione il piano a cui abita). La moglie riferisce difficoltà di memoria soprattutto per eventi recenti. Il signore esce di rado e riesce a spostarsi all'interno della propria abitazione tramite l'ausilio di un bastone; riferisce di non riuscire a ricordare talvolta la strada di casa. Diminuito l'appetito. Ritmo sonno-veglia irregolare e caratterizzato da frequenti risvegli. L'umore appare irritabile e non riconducibile a reali motivazioni.

Torre del Greco,07-02-2023

CASE MANAGERDott.ssa
MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560
Luogo		ERCOLANO	
Stato civile	sposato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionato	Telefono	0818493519
È seguito dal servizio sociale di		no	

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	07-02-2023
-------------------	------------

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

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Maietta	Nome	Lucia
Rapporto di parentela		moglie	
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3338942609
2)Cognome	Mazzarella	Nome	Salvatore
Rapporto di parentela		figlio	
Comune di residenza	San Sebastiano al Vesuvio	Telefono	
3)Tutela		Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione	
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare		2	
Composto da		utente 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, 2 figli (1M 1F) 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?	Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Nessun servizio
Per quante ore in media alla settimana?	
La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?	Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Collaboratrice domestica (saltuariamente)

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 (pratica pannoloni ASL in corso) 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 sociale Assegno di cura Indennità di accompagnamento Ventresimisti
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 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

Torre del Greco, 07-02-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

SEZIONE 9 - DIMISSIONI**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESSO DEL PAZIENTE
ALTRO	Progetto a termine - non rinnovato		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	Encefalopatia vascolare cronica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Encefalopatia vascolare cronica		

**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:			
Si conferma il bisogno riabilitativo.			
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,30-08-2023

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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:	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	11-06-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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 Parkinson, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio e deambulazione

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,11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinson, ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto il trofismo e la forza muscolare, deambulazione in casa con bastone; difficoltà di equilibrio, con frequenti cadute; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà alla deglutizione di solidi e liquidi.

Torre del Greco, 11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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,11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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)	35

Torre del Greco,11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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**

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,11-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

- 1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa.

Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

- 2) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza.

Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in qui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento.

Torre del Greco,15-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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 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 forza
Migliorare equilibrio
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	18-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,18-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio

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,18-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da M. di Parkinson, tremori a riposo, ipersalivazione, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; difficoltà di equilibrio e passaggi posturali, deambulazione con bastone; descritte difficoltà di deglutizione a solidi e liquidi.

Torre del Greco, 18-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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, 18-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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)	45

Torre del Greco,18-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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**

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,18-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinsonismo
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 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d2100.3
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 forza
Migliorare equilibrio
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	12-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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 Parkinsonismo; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esercizi di equilibrio
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,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da M. di Parkinson, tremori a riposo, ipersalivazione, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; difficoltà di equilibrio e passaggi posturali, deambulazione con bastone; descritte difficoltà di deglutizione a solidi e liquidi.

Torre del Greco, 12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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)	45

Torre del Greco,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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# Parkinsonismo		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinsonismo		

**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,12-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinsonismo
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 b720.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d2100.3
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 passaggi posturali
Migliorare 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	30-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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 nei passaggi posturali e nella deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali
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,30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio, affetto da Parkinson, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; deambulazione con bastone, difficoltà nella deglutizione, nei passaggi posturali e nelle principali autonomie.

Torre del Greco, 30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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,30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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,30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

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# Parkinsonismo		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinsonismo		

**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,30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 17 Giugno 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Mazzarella Raffaele, Signora Maietta Lucia**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuro-motoria**Diagnosi:** Parkinsonismo**Relazione visita domiciliare**

In data 17/06/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione del signor Mazzarella Raffaele, sita in Via Corso V.emanuele 21, Torre del greco.

Il signore, di 91 anni, si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale.

A seguito di un'altra malattia neurologica, il paziente ha perso quasi del tutto la vista.

Dal punto di vista motorio, il signore evidenzia difficoltà significative nella deambulazione, che limitano la sua capacità di uscire di casa e di essere autosufficiente senza il supporto della moglie, sua principale caregiver.

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

Sul piano sociale e assistenziale, il signore dispone di una rete familiare limitata, potendo fare affidamento solo sulla moglie, i due figli vivono altrove.

La signora Maietta riferisce di somministrate al marito degli antidepressivi che riescono a conciliare il sonno e la tranquillità.

Riconosciuta invalidità e 104 art 3 comma 3, percettore di pensione di invalidità e indennità di accompagnamento.

Torre del Greco, 17-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Mazzarella Raffaele (91 anni) con diagnosi di vasculopatia cerebrale cronica da circa 2 anni.

Inoltre, è presente la moglie principale caregiver.

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

Difficoltà di orientamento nel tempo e nello spazio e difficoltà motorie.

Difficoltà di integrazione in merito al rapporto tra il livello cognitivo ed emotivo.

Scarso appetito e sonno disturbato.

Buona rete familiare.

Non si riscontra specifico disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 17-06-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE

SCHEDA SOCIALE

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

PAZIENTE:

Cognome	MAZZARELLA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	09-01-1934	Cartella Clinica n.	7560
Luogo	ERCOLANO		
Stato civile	Congiunto	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	Pensionato	Telefono	0818493519
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 art 3 comma 3

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	maietta	Nome	Lucia
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	torre del greco	Telefono	3476610116
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, 17-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa
AMENO ALESSIA