

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

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

Vive con la moglie, dalla quale viene accudita. Inoltre, nelle vicinanze abitano i figli.

Con demenza senile e Parkinson.

Da circa 5 mesi ha diminuito drasticamente la sua dieta alimentare, in quanto non lo ritiene più opportuno.

Il paziente si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene. Scarsamente orientato nel tempo e nello spazio, eloquio scarso ma con buona narrazione.

Tono dell'umore leggermente deflesso con tratti ansiosi rispetto alla solitudine.

Torre del Greco,25-02-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

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

In data 25/02/2025, è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione del Sig. Raffaele Falanga, sita in via Monte Somma 33, Torre del Greco.

L'abitazione è una palazzina a due piani di proprietà della famiglia. Il Sig. Falanga risiede al piano terra insieme alla moglie. L'appartamento è stato strutturalmente suddiviso per consentire anche a una delle figlie e al marito di risiedervi, garantendo così un'assistenza continua al paziente.

L'ambiente domestico appare pulito e ordinato, dotato di un piccolo terrazzino che permette al Sig. Falanga di mantenere un minimo di mobilità quotidiana.

Dal punto di vista personale, il Sig. Falanga risulta curato nell'igiene e nell'aspetto. Inizialmente si mostra restio nel rispondere alle domande, ma progressivamente si apre, collaborando alla ricostruzione della propria storia di vita.

Alla visita sono presenti la moglie, ancora vigile e autonoma nelle attività quotidiane, e la figlia, che insieme a lei si occupa prevalentemente della cura del paziente.

I familiari riferiscono la presenza di demenza senile e iniziali sintomi di Parkinson. L'umore del paziente appare deflesso, con episodi di rifiuto del cibo. Egli riferisce di sentirsi in un declino progressivo.

Torre del Greco, 26-02-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	26-02-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	3317572172
È seguito dal servizio sociale di			

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

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

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Falanga	Nome	Maria Giuseppa
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3355705658
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	Signor Falanga, 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 Sporadica 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 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, 26-02-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa  
AMENO ALESSIA

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Codice Fiscale	FLNRFL39R01L259V
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA MONTE SOMMA 33	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3317572172
Data ammissione	18-02-2025	Data dimissione	

### DIAGNOSI

CODICE PARKINSON

EVENTUALI NOTE:

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE

### ANAMNESI FISIOLOGICA:

### ANAMNESI REMOTA:

Diabete in trattamento

Deficit visivo

**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,01-04-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinsonismo vascolare
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	03
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 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:	120

**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)**

--

Data	01-04-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

**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 vascolare; difficoltà nei passaggi posturali e nelle autonomie

**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,01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; alterna momenti di lucidità a momenti in cui presenta episodi di delirio; ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; deambulazione con difficoltà nel controllare lo schema del passo; difficoltà nella deglutizione e nelle autonomie.

Torre del Greco, 01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

**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,01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

**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)	40

Torre del Greco, 01-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinsonismo vascolare
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	03
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**

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:	120

**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)**

--



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

Torre del Greco,24-06-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

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

**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,24-06-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Malattia di Parkinson di tipo vascolare; alternanza di periodi on-off, difficoltà nel controllare l'andatura e l'equilibrio, difficoltà nella deglutizione e nei movimenti fini.

Torre del Greco, 24-06-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

**SEZIONE 5A - RIUNIONI D'EQUIPE****RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INIZIALE:**

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista.

Torre del Greco, 24-06-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

**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)	55

Torre del Greco,24-06-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	FALANGA	Nome	RAFFAELE
Data di nascita	01-10-1939	Cartella Clinica n.	7979

**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 vascolare		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinsonismo vascolare		

**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 (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,24-06-2025