

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Codice Fiscale	DMTMHL52A17L259T
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA MORTELLE 134	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3661741924
Data ammissione	16-02-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE ATASSIA

04 Sindrome cerebellare extrapiramidale

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

Episodi infartuali con impianto di stent (2021)

Ipertensione in trattamento farmacologico

Intervento per ernia al disco (24-25 aa fa circa)

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, 22-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	S. cerebellare extrapiramidale
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica 04
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 b730.1
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:	4

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	22-02-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 22-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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 Sindrome cerebellare extrapiramidale; difficoltà di equilibrio e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare forza
- Migliorare equilibrio
- Migliorare passaggi posturali e 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, 22-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Sindrome cerebellare extrapiramidale; deficit di forza AAll, difficoltà di equilibrio, con frequenti cadute; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione.

Torre del Greco, 22-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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, 22-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE			
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836			

MOTRICITY INDEX

Arto superiore destro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto superiore Dx: 91 /100

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Presa a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione spalla	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto superiore Sx: 91 /100

Arto inferiore destro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto inferiore Dx: 75 /100

Arto inferiore sinistro	Punteggio						
	Dorsi flessione caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione anca	0	9	14	19	25	33

Punteggio totale arto inferiore Sx: 75 /100

Torre del Greco, 22-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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, 22-02-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sindrome cerebellare extrapiramidale
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):	04
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Mantenimento delle autonomie residue	
--------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali e 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	05-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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 Sindrome cerebellare extrapiramidale; difficoltà di equilibrio e deambulazione.

ELENCO OBIETTIVI

- Migliorare forza
- Migliorare passaggi posturali
- Migliorare equilibrio e 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, 05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Sindrome cerebellare extrapiramidale; deficit di forza AAll, difficoltà di equilibrio, con frequenti cadute; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione.

Torre del Greco, 05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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, 05-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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, 05-07-2024

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	16-10-2024
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	commerciano di bestiame	Telefono	3661741924
È seguito dal servizio sociale di	no		

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI	NO
Invalidità civile	SI %	NO Richiesta effettuata
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO Richiesta effettuata

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Perrotta	Nome	Francesca
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3661741924
2)Cognome	Nome		
Rapporto di parentela			
Comune di residenza	Telefono		
3)Tutela	Nessuna tutela legale Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	02		
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?	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 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 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 nelle uscite sul territorio 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 Sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale.

Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con il sig. Michele e la moglie.

Riferita la presenza costante della signora, come supporto per le attività di vita quotidiana in quanto l'utente ha

difficoltà nella deambulazione.

Riferito utilizzo del bastone ma solo in ambito domestico, scarsa accettazione.

Torre del Greco, 16-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

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

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Codice Fiscale	DMTMHL52A17L259T
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	VIA MORTELLE 134	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3661741924
Data ammissione	16-02-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI CA08#**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	Intervento per ernia al disco (giugno 2024)

Torre del Greco, 19-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sindrome Atassica
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):	04 b730.1
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 equilibrio
Migliorare deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	150

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	19-11-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 19-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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 Sindrome Atassica; difficoltà di equilibrio e 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, 19-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Sindrome Atassica; ridotta forza (emilato destro>sn), ridotto trofismo muscolare; difficoltà di equilibrio e deambulazione per le quali necessita di assistenza.

Torre del Greco, 19-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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, 19-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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, 19-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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# Sindrome Atassica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Sindrome Atassica		

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 (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 19-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinsonismo secondario
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 forza
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	120

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	24-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 24-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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 nell'equilibrio

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali

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, 24-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinsonismo secondario e sindrome atassica; ridotta forza, trofismo e sensibilità arti inferiori (emilato sn>dx); difficoltà nei passaggi posturali, nell'equilibrio e nella deambulazione, pei i quali necessita di assistenza/supervisione; ridotta tolleranza allo sforzo.

Torre del Greco, 24-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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, 24-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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, 24-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	MICHELE
Data di nascita	17-01-1952	Cartella Clinica n.	7836

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 secondario		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinsonismo secondario		

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 (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 24-02-2025