

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6A - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE INIZIALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

PZ. AFFETTO DA SINDROME DI WERNICKE

PRESENTA ATASSIA : INCOORDINAZIONE DEI MOVIMENTI, ANDAMENTO TRABALLANTE E POSTURA MALFERMA, DEFICIT EQUILIBRIO S/D

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO DELLA COORDINAZIONE E DEL MOVIMENTO, DELL' EQUILIBRIO E DELLA POSTURA , ATTRAVERSO I TRAINING SPECIFICI

Data:	10.11.2023
--------------	------------

Torre del Greco,10-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

Descrizione	Valore
5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima	
4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima	
3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità	
2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità	
1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento	
0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento	

Torre del Greco,10-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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	0 19	25	33
Punteggio totale arto superiore Dx: 25 /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: 25 /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: 38 /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: 38 /100							

Torre del Greco,10-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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)	25

Torre del Greco,10-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SCALA TINETTI

Equilibrio	Punteggio
1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro	0 1
2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2
3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo	0 1 2
4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili	0 1 2
5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti	0 1 2
6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile	0 1
7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile	0 1 2
8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui	0 1
9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo	0 1 2
Punteggio dell'equilibrio	1/ 16



Andatura	Punteggio
10.Inizio della deambulazione 0=Una certa esitazione, o più tentativi 1=Nessuna esitazione	0 1
11.Lunghezza ed altezza del passo dx Piede dx 0=Il piede dx non supera il sx 1=Il piede dx supera il sx	0 1
0=Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede dx si alza completamente dal pavimento	0 1
11.Lunghezza ed altezza del passo sx Piede sx 0=Il piede sx non supera il dx 1=Il piede sx supera il dx	0 1
0=Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede sx si alza completamente dal pavimento	0 1
12.Simmetria del passo 0=Il passo dx e il sx non sembrano uguali 1=Il passo dx e il sx sembrano uguali	0 1
13.Continuità del passo 0=Interrotto o discontinuo 1=Continuo	0 1
14.Traiettoria 0=Deviazione marcata 1=Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 2=Assenza di deviazione e di uso di ausili	0 1 2
15.Tronco 0=Marcata oscillazione o uso di ausili 1=Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 2=Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	0 1 2
16.Posizione dei piedi durante il cammino 0=I talloni sono separati 1=I talloni quasi si toccano durante il cammino	0 1
Punteggio dell'andatura	0/ 12

PUNTEGGIO TOTALE 1/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥ 19 :basso rischio di caduta ≤ 18 :elevato rischio di caduta
Torre del Greco,10-11-2023

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	15-11-2023
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961 (62 anni)	Cartella Clinica n.	7777
Luogo	SALERNO		
Stato civile	sposato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionato (ex autista)	Telefono	3347474362
È seguito dal servizio sociale di		no	
		diagnosi alcolismo	

L'utente e/o caregiver riferisce:

Pensione	SI	NO
Invaliderà civile	SI	100% NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO
art. 3 comma 3		

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Piticchi Imperato	Nome	Maria
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3347474362
2)Cognome	Pannico	Nome	Mariarca
Rapporto di parentela	figlia		
Comune di residenza	Torre del Greco	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
Quali ausili/presidi utilizza in e fuori casa?	Pannoloni Deambulatore Sedia a rotelle Materasso antidecubito 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: figlia e cognato 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: nutrizionista (infermiere non ancora attivo) 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 : Infermiere. (FKT in passato)



Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione 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 Congedo straordinario Permessi per assistenza - non possono usufruirne in quanto non contrattualizzati Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi definitiva Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

Inviato modulo per la richiesta SAD

Torre del Greco,15-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Pannico Fabrizio, 62 anni, paziente con "Sindrome di Wernicke ed encefalopatia degenerativa secondaria a Alcolismo" è in procinto di iniziare il trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale.

Al momento del colloquio, avvenuto in data 14/11/2023 il signore appare completamente disorientato nel tempo e nella persona, ma ben orientato nello spazio. Il linguaggio appare poco intelligibile. Il signore vive con la moglie e può contare sul supporto fornito dalla figlia, sua vicina di casa. Trascorre gran parte del proprio tempo a letto. Utilizza presidi per l'incontinenza. Riferita irritabilità. Appetito regolare. Ritmo sonno-veglia caratterizzato da frequenti risvegli e parasonnie. Necessita di completa assistenza per lo svolgimento di autonomie personali e strumentali.

Torre del Greco, 17-11-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
		SI	P.R.	NO
	MIGLIORATA DEAMBULAZIONE ED EQUILIBRIO STATICO/ DINAMICO	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

SITUAZIONE ATTUALE:

--

Data:	09.01.2024
--------------	------------

Torre del Greco,09-01-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

IL PAZIENTE È LIEVEMENTE MIGLIORATO NELLA COORDINAZIONE MOTORIA, STABILI GLI ALTRI ASPETTI DEL SUO QUADRO MOTORIO

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA E DELLA MOTRICITY, DELL' EQUILIBRIO E DELLA POSTURA , ATTRAVERSO I TRAINING SPECIFICI

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

Data:	04/03/2024
--------------	------------

Torre del Greco,04-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6A - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE INIZIALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

PZ. AFFETTO DA SINDROME DI WERNICKE

PRESENTA ATASSIA : INCOORDINAZIONE DEI MOVIMENTI, DEAMBULAZIONE A SCATTI CON GINOCCHIA ESTESE, POSTURA INCERTA E RIGIDA , DEFICIT EQUILIBRIO S/D

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO DELLA COORDINAZIONE E DEL MOVIMENTO, DELL' EQUILIBRIO E DELLA POSTURA , ATTRAVERSO I TRAINING SPECIFICI

Data:	08.03.2024
--------------	------------

Torre del Greco,08-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
		SI	P.R.	NO
	MIGLIORAMENTO FORZA E RESISTENZA ARTI INFERIORI	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

SITUAZIONE ATTUALE:

OSSERVATO PARZIALE MIGLIORAMENTO FORZA E RESISTENZA ARTI INFERIORI. GLI ALTRI ASPETTI DELLE CONDIZIONI MOTORIE DEL PAZIENTE RIMANGONO STABILI

Data:	06.05.2024
--------------	------------

Torre del Greco,06-05-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
	MIGLIORAMENTO FORZA E RESISTENZA ARTI INFERIORI	SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

SITUAZIONE ATTUALE:

CONFERMATI PARZIALI MIGLIORAMENTI FORZA E RESISTENZA ARTI INFERIORI SEGNALATI NELL' ULTIMA VALUTAZIONE. GLI ALTRI ASPETTI DELLE CONDIZIONI MOTORIE DEL PAZIENTE RIMANGONO STABILI.

Data:	08.07.2024
--------------	------------

Torre del Greco,08-07-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

IL PAZIENTE È PARZIALMENTE MIGLIORATO NELLA FORZA E LA RESISTENZA DEGLI ARTI INFERIORI, STABILI GLI ALTRI ASPETTI DEL QUADRO MOTORIO.

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA E DELLA MOTRICITÀ, DELL'EQUILIBRIO E DELLA POSTURA, ATTRAVERSO I TRAINING SPECIFICI

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

Data:	30/08/2024
--------------	------------

Torre del Greco, 30-08-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6A - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE INIZIALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

PZ. AFFETTO DA SINDROME DI WERNICKE

PRESENTA ATASSIA , INCOORDINAZIONE DEI MOVIMENTI, DEAMBULAZIONE A SCATTI CON GINOCCHIA ESTESE, POSTURA INCERTA E RIGIDA , DEFICIT EQUILIBRIO S/D

TESTS SOMMINISTRATI:

VEDI ALLEGATI CARTELLA

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

MIGLIORAMENTO DELLA COORDINAZIONE E DEL MOVIMENTO, DELL' EQUILIBRIO E DELLA POSTURA , ATTRAVERSO I TRAINING SPECIFICI

Data:	04.09.2024
--------------	------------

Torre del Greco,04-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Encefalopatia degenerativa
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 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450
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 equilibrio

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio) + LT
Frequenza:	2/7 + 1/7
Durata:	180 - 180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	16-09-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,16-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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 encefalopatia degenerativa; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
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,16-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Encefalopatia degenerativa, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà di deglutizione a solidi e liquidi.

Torre del Greco, 16-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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, 16-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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)	20

Torre del Greco,16-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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# Encefalopatia degenerativa		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Encefalopatia degenerativa		

**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,16-09-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

SITUAZIONE ATTUALE:

IL QUADRO CLINICO DELLE CONDIZIONI MOTORIE DEL PAZIENTE SI PRESENTANO ESSENZIALMENTE STABILI.

Data: 31.10.2024

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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

Nella sezione "Allegati" è presente il seguente strumento di valutazione:

1) 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,12-11-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

SITUAZIONE ATTUALE:

QUADRO CLINICO DELLE CONDIZIONI MOTORIE DEL PAZIENTE SI PRESENTA ESSENZIALMENTE STABILE.
--

Data:	02.01.2024
--------------	------------

Torre del Greco,02-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Paziente:** Pannico Fabrizio**Data:** 20/05/2025**Partecipanti:** Signor Pannico Fabrizio, Signora Piticchi Imperato Maria (moglie)**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuromotoria (2 volte a settimana)**Diagnosi:** Encefalopatia degenerativa**Osservazioni emerse**

In data 20/05/2025 è stata effettuata visita domiciliare presso l'abitazione del Signor Pannico Fabrizio, sita in via Cuma 5, Torre del Greco.

Il paziente, di 64 anni, si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile, attento e in grado di rispondere alle domande, seppur con marcate difficoltà linguistiche. La moglie segnala un peggioramento recente della capacità verbale, motivo per cui si ritiene opportuno valutare l'attivazione di un intervento logopedico.

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

Dal punto di vista motorio, il signore manifesta importanti difficoltà nella deambulazione, con un impatto significativo sull'autonomia personale; riferisce inoltre dolore marcato agli arti .

Il nucleo familiare trae sostentamento economico dalla pensione di invalidità e dall'indennità di accompagnamento percepita dal paziente.

Sul piano sociale e assistenziale, è presente una buona rete di supporto. La moglie rappresenta la figura di riferimento per la cura quotidiana, coadiuvata dalla figlia, residente nello stesso complesso abitativo.

Torre del Greco,20-05-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Pannico Fabrizio (64 anni) e la moglie, principale caregiver.

S. di Wernicke dal 2019.

Il paziente si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene, così come l'ambiente domiciliare.

Il paziente ha difficoltà nella verbalizzazione e nella deglutizione.

Livello cognitivo ed emotivo tipico della fase della patologia, scarso il livello di orientamento nel tempo e nello spazio.

Appetito nella norma, sonno compromesso.

Buona rete sociale e familiare.

Non si riscontra disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 20-05-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	20-05-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777
Luogo	SALERNO		
Stato civile		Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale		Telefono	3347474362
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	Piticchi imperato	Nome	Maria
Rapporto di parentela	Moglie		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	
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	Moglie e marito		



Situazione abitativa:

L'abitazione dove la persona risiede si trova	In centro (del comune) Fuori dal centro (periferia) È isolata
L'abitazione è adeguata alle esigenze della persona?	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, 20-05-2025

ASSISTENTE SOCIALE



dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sindrome di Wernicke
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 d450.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

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

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:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	27-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,27-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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 Encefalopatia degenerativa; 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,27-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, discretamente collaborante, discretamente orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Encefalopatia degenerativa (S. di Wernicke); ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, difficoltà nella deglutizione a solidi e liquidi, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 27-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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,27-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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)	20

Torre del Greco,27-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	PANNICO	Nome	FABRIZIO
Data di nascita	22-06-1961	Cartella Clinica n.	7777

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# Encefalopatia degenerativa		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Encefalopatia degenerativa		

**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,27-05-2025