

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Codice Fiscale	DCIGNN50L29L259T
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	NAZIONALE 263	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3383188074
Data ammissione	11-11-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE M. PARKINSON

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI REMOTA:

IPB in trattamento
Ipertensione in trattamento
Ipercolesterolemia in trattamento
Ernia inguinale bilaterale trattata chirurgicamente
Cheratosi Attinica
Ernia ombelicale e diastasi dei muscoli retti dell'addome

ANAMNESI PROSSIMA

--

ANAMNESI PATOLOGICA:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

ANAMNESI RIABILITATIVA:

--

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	03
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03 b720.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d4500.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Contrastare progressione della patologia	
--	--

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:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	21-11-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 21-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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 di equilibrio e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Rinforzo muscolare (muscoli paravertebrali)
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, 21-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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; ridotta forza e trofismo muscolare (in particolar modo muscoli del dorso); tremori a riposo; descritte difficoltà di equilibrio; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 21-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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, 21-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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)	85

Torre del Greco, 21-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Giovanni, vive a Torre Del greco. Di anni 75, è affetto da Parkinson, con diagnosi ricevuta un anno fa.

Ha svolto Fisioterapia privata per 3 volte a settimana per 5 settimane .

Presenta altre patologie come: ipertensione, ipertrofia alla prostata e diastasi.

Vive con la moglie dalla quale viene aiutato. Ha 2 figli, uno a Torre del Greco, l' altro a Roma.

Pensionato, gli piace il giardinaggio, ha una barca e quando riesce ci esce, a casa la settimana enigmistica.

Assume farmaci quali: Lansox, prostamol, Cardura, Jumex, Luvion, Ascriptin, Triplian, Xatral, Sivastim.

L' Alimentazione è nella norma, presenti sono risvegli notturni a causa della prostata, dorme dall' una di notte alle sei del mattino.

Orientato nel tempo.

Disponibile al colloquio.

Inizierà a breve la fisioterapia, che seguirà per 2 volte a settimana

Al momento sono frequenti i crampi alla gamba destra.

Torre del Greco, 02-01-2025

CASE MANAGER

dott.ssa

BIBIANI ERICA

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	10-04-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	Laurea

Insegnante di sostegno:	SI	NO
È avvenuta la presa in carico dei servizi sociali?	SI	NO

Riferisce di essere titolare di:

Assegno di cura	SI	NO
Indennità di frequenza	SI %	NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma		
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza		
Trattamento riabilitativo:	Privato	Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI %	NO
Se sì, indicare quali?		

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Sorrentino	Nome	Anna
Rapporto di parentela	Moglie		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	0818471965
Condizione professionale			
2)Cognome			
Comune di residenza			
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	Paziente e moglie		
I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo?	SI	NO	

Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di:	Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune) Servizi a pagamento (es. babysitter) Riabilitazione privata Nulla Altro (specificare)
Rete sociale della famiglia:	Rete sociale soddisfacente Rete sociale sufficiente Rete sociale insoddisfacente Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie Non ha possibilità di una rete sociale
Partecipa ad attività ricreative, sportive, culturali e del tempo libero?	SI NO
Elencare quali?	
Partecipa ad attività associative?	SI NO
Elencare quali?	
Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione?	Non è bersaglio Lo è molto saltuariamente Lo è frequentemente Lo è molto frequentemente anche con bullismo

Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione Rendita Pensione di reversibilità Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Prestazioni riabilitative private Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito?	Assegno di cura Indennità di comunicazione Indennità di frequenza Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare)
La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare?	Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 10-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 10 Aprile 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Iodice Giovanni**Intervento riabilitativo in atto:** Rieducazione Neuropsicomotoria (2 volte a settimana)**Osservazioni emerse**

Iodice Giovanni, 75 anni, con diagnosi di Malattia di Parkinson.

Durante il colloquio si presenta curato nell'igiene e nell'abbigliamento, ben orientato nel tempo e nello spazio. Non evidenzia particolari difficoltà motorie o visive, risponde in modo adeguato alle domande poste e ricostruisce con chiarezza la propria routine quotidiana.

Riferisce di aver ricevuto la diagnosi circa un anno fa, a seguito della comparsa di una marcata rigidità nei movimenti. Attualmente, nonostante la patologia, riesce a condurre una vita abbastanza autonoma e regolare. L'umore appare positivo e il rapporto con la struttura e l'équipe terapeutica è descritto in termini soddisfacenti.

Contesto familiare

Vive con la moglie, mentre i due figli vivono in abitazioni separate.

La famiglia si sostiene economicamente grazie alla pensione percepita dal paziente e da quella della moglie.

Viene riferito un clima familiare sereno, con una rete stabile e presente, in grado di offrire supporto nei momenti di necessità.

Torre del Greco, 14-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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

In data 10/06/25 la situazione è invariata in riferimento all'ultimo colloquio.

Torre del Greco, 10-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Iodice Giovanni (75 anni), con diagnosi di Malattia di Parkinson.

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

Buono il rapporto tra il livello cognitivo ed emotivo, si evidenziano difficoltà motorie (tipiche della patologia).

Orientato nel tempo e nello spazio, con tono dell'umore nella norma.

Appetito e sonno nella norma.

Buona rete e supporto familiare.

Non si riscontra disagio psicopatologico.

Torre del Greco, 10-06-2025

CASE MANAGER
dott.
VISCIANO RAFFAELE

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	03
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.2
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Contrastare progressione della patologia	
--	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	25-06-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 25-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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 di equilibrio e deambulazione

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, 25-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, affetto da Parkinson, tremori a riposo, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 25-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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, 25-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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)	85

Torre del Greco, 25-06-2025

PAZIENTE:

Cognome	IODICE	Nome	GIOVANNI
Data di nascita	29-07-1950	Cartella Clinica n.	7924

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 (genitore/tutore se minore)			