

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

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

In data odierna si effettua la valutazione psicologica del caso clinico in esame.

Paziente vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, disponibile al dialogo con l'esaminatore. Con diagnosi di M. di Parkinson, il paziente racconta della propria storia clinica e familiare in maniera serena e tranquilla.

Adeguatamente assistito dai familiari, conduce una vita aderente alle proprie condizioni e ai propri bisogni.

Difficoltà nella deambulazione; buone le autonomie personali.

Tono dell'umore normo orientato.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Torre del Greco,10-10-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03
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**

Contrastare la progressione della patologia	
---	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare il ROM
Migliorare equilibrio e deambulazione
Migliorare forza

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	3/7
Durata:	180

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

--

Data		Responsabile del progetto	
------	--	------------------------------	--

Torre del Greco,21-11-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO****AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente affetto da Parkinson; rigidità articolare e difficoltà di equilibrio e deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM

Migliorare equilibrio e deambulazione

Migliorare autonomie

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva

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,21-11-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, affetto da Malattia di Parkinson; ridotto il ROM articolare, in particolar modo gomito sinistro, ridotta la forza, ridotto il trofismo muscolare; deambulazione possibile con appoggio (bastone); buono l'equilibrio e i passaggi posturali; descritte sporadiche difficoltà di deglutizione ai solidi; patologia estremamente farmacosensibile (descritte importanti difficoltà di equilibrio e passaggi posturali durante le fasi off).

Torre del Greco,21-11-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

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

Si effettua in data odierna l'incontro con il paziente che appare collaborante e disponibile .

Presenta un quadro clinico con diagnosi di Morbo di Parkinson , con rallentamento motorio e un eloquio in parte compromesso e poco fluente .

Comunica di vivere da solo , poichè mai sposato , ma aiutato da una badante per poche ore al giorno .

Percepisce un RDC e una indennità di invalidità . Discreto il tono dell'umore sebbene confida il rammarico di non aver mai avuto un figlio .

Torre del Greco,21-11-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Quirola Alba

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

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

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: si utilizza il Protocollo K

Torre del Greco, 21-11-2023



**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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: 76 /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: 76 /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,21-11-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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,21-11-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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# Malattia di Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Malattia di Parkinson		

**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
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,21-11-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**SEZIONE 5B - RIUNIONI D'EQUIPE****RELAZIONE RIUNIONI D'EQUIPE INTERMEDIA:**

Paziente affetto da Malattia di Parkinson a prevalente espressione rigido-acinetica; ridotto il ROM articolare, in particolar modo gomito sinistro, rigidità articolare diffusa, ridotta la forza, ridotto il trofismo muscolare, rallentamento ideomotorio, camptocormia, deflessione del tono dell'umore; deambulazione possibile con appoggio (bastone); difficoltà di equilibrio e nell'esecuzione di passaggi posturali; descritte difficoltà di deglutizione ai solidi maggiormente che ai liquidi; patologia estremamente farmacosensibile (descritte importanti difficoltà di equilibrio e passaggi posturali durante le fasi off). Sulla base della valutazione clinica, si ritiene necessaria la prosecuzione del programma riabilitativo al fine di mantenere una buona mobilità articolare e un buon trofismo muscolare, contrastare l'ipertono spastico, la rigidità articolare, favorire i passaggi posturali, l'equilibrio e la deambulazione, permettere il mantenimento delle principali autonomie e contrastare la deflessione dell'umore.

Torre del Greco,18-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	M. di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica 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:	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:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	16-04-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,16-04-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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:**

Miglioramento forza  
Migliorare equilibrio  
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

Rinforzo muscolare  
Esecuzione di passaggi posturali  
Training del passo

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

TDR

**OPERATORI:**

Vedi test in allegato

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

A termine

**TEMPI DI VERIFICA:****RISULTATO**

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,16-04-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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; ridotto il trofismo e la forza muscolare; descritte difficoltà di fonazione e di deglutizione (solidi e liquidi); deambulazione autonoma, o con minima assistenza; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie. Presenza di tremori a riposo; descritte alternanze on-off.

Torre del Greco,16-04-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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,16-04-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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)	85

Torre del Greco,16-04-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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# Malattia di Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Malattia di Parkinson		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE  
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
Note:			

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

Data:		Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,16-04-2024

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	07-05-2024
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959 (65 anni)	Cartella Clinica n.	7609
Luogo	ERCOLANO		
Stato civile	celibe	Comune di residenza	PORTICI
Condizione professionale	ex marittimo	Telefono	3891279315
È seguito dal servizio sociale di		Portici (supporto economico)	

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

Pensione	SI NO
Invaliderà civile	SI 100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI NO Ricorso in atto.
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO
Art. 3 comma 1. Ricorso in atto	

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Romeo	Nome	Franco
Rapporto di parentela	cognato		
Comune di residenza	Pompei	Telefono	
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Nessuna tutela Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	1		
Composto da	utente		

**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: cognato e 4 sorelle 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 Orientamento 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) Collaboratrice domestica saltuariamente



## 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) ADI 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 - RDC / ADI 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

In data odierna si effettua colloquio con il Sig. Pietro, il quale riferisce difficoltà nelle attività di vita quotidiana.

A colloquio è stata fornita modulistica per richiesta di SAD presso il Comune di residenza.

Il caso resta in osservazione.

Torre del Greco, 07-05-2024



**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia



**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

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

In data odierna si effettua colloquio con il sig. Pietro, di anni 65, il quale appare collaborante e risponde volentieri alle domande poste.

Presenta un quadro clinico con diagnosi di Morbo di Parkinson , con rallentamento motorio e un eloquio in parte compromesso e poco fluente . Discreto il tono dell'umore.

Riferisce di vivere da solo e di avere una rete familiare composta da 4 sorelle e 1 cognato.

Comunica di avere difficoltà nelle attività di vita quotidiana sia per la preparazione del pasto, sia per la cura dell'abitazione, sia per l'igiene personale. Orientamento circa la possibilità di richiedere un Servizio di Assistenza Domiciliare tramite il comune di Portici, Comune di residenza.

Percepisce l'ADI .

Invalidità civile al 100%.

Legge 104/92 art 3 comma 1 ricorso in atto

L'utente è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale.

Il caso resta in osservazione

Torre del Greco,22-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03
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:	5

**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:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	14-11-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,14-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO****AREE FUNZIONALI:**

Stabilità internistica - funzioni vitali di base		competenze cognitivo - comportamentali	
Area funzioni sensomotorie		Autonomia nella cura della persona	
Mobilità e stabilimenti		Riadattamento e reinserimento sociale	
Competenze comunicativo - relazionali		Area emotiva - affettiva	

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con Malattia di Parkinson; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare forza  
Migliorare passaggi posturali  
Migliorare equilibrio e 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,14-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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; descritte difficoltà nei movimenti fini e nella deglutizione (solidi>liquidi); buoni i passaggi posturali e la deambulazione, per cui necessita di minima assistenza/supervisione; descritte alternanza di periodi on-off.

Torre del Greco,14-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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,14-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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,14-11-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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# Malattia di Parkinson		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Malattia di Parkinson		

**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
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,14-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU05 Malattia neurologica (NEU)-altra malattia neurologica
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	03 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.1
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
Frequenza:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	15-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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; necessita di assistenza/supervisione 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,15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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, con alternanza di periodi on-off; ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà nei movimenti fini e nella deglutizione a solidi e liquidi.

Torre del Greco,15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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,15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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,15-05-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**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**

<b>Osservazione finale di dimissione:</b>			
<b>OBIETTIVI:</b>	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,15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

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

In data 27/05/2025 il paziente Oliviero Pietro non ha presenziato al colloquio.

Torre del Greco, 28-05-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

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

Nel giorno 27-05-2025 il signor Oliviero Pietro non si è presentato all'appuntamento programmato, tenutosi al Centro, per la consueta consulenza psicologica.  
La consulenza è stata rimandata in data da destinarsi.

Torre del Greco, 28-05-2025

**CASE MANAGER**dott.  
VISCIANO RAFFAELE

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 10 Giugno 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Oliviero Pietro**Intervento riabilitativo in atto:** Rnm ( 3 settimanali)**Osservazioni emerse:**

Oliviero Pietro , 65 anni, Parkinson.

In data 10/ 06/ 25 si effettua visita colloquio conoscitivo con la Signor Oliviero.

Il Signore si presenta curato nell'igiene e nell'ordine, ben collocato nello spazio e nel tempo.

In grado di rispondere agli stimoli forniti e di ricostruire la propria routine quotidiana.

Il Signore riferisce di aver ricevuto la diagnosi nel 2012.

Nonostante la diagnosi riesce a vivere una vita regolare.

Rilevate difficoltà linguistiche.

Umore buono.

Il rapporto con la struttura e i terapeuti è descritto in termini positivi.

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto esclusivamente dal paziente.

Il paziente si sostiene economicamente grazie al reddito della pensione di invalidità(100%) , all'accompagnamento e all'assegno d' inclusione.

Riferita nessuna rete.

Torre del Greco,10-06-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa



AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	OLIVIERO	Nome	PIETRO
Data di nascita	08-02-1959	Cartella Clinica n.	7609

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

Al colloquio è presente Oliviero Pietro (65 anni) con diagnosi di malattia di Parkinson dalla fine del 2012 inizio 2013.

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

Orientato nel tempo e nello spazio, con tono dell'umore medio-basso.

Sufficiente il rapporto tra il livello cognitivo ed emotivo. Si evidenziano difficoltà motorie e nella verbalizzazione.

Pietro non dispone di una rete sociale o di supporto sufficiente. Riferisce di non poter contare su alcuna persona di fiducia in caso di necessità.

Torre del Greco, 10-06-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE