

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
	Migliorare l'equilibrio statico e dinamico	SI	P.R.	NO
	Consolidamento delle autonomie acquisite (passaggi posturali da pos. seduta in stazione eretta.	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:**

Migliorata la deambulazione senza l'ausilio del deambulatore. Il tono muscolare è migliorato avendo effettuato esercizi per il rinforzo muscolare sulle scale..IL trattamento è volto al recupero delle autonomie residue.

<b>Data:</b>	07/09/2022
--------------	------------

Torre del Greco,07-09-2022

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
ESPOSITO RAFFAELLA

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

Le condizioni del paziente sono stazionarie ,il trattamento ha reso possibile il consolidamento delle autonomie acquisite . Spostarsi nell' ambiente domestico senza l'ausilio del deambulato .vedi

**TESTS SOMMINISTRATI:**

vedi allegato in cartella.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Consolidamento autonomie acquisite : spostamenti e passaggi posturali .Esercizi attivi con l'uso del pallone per favorire la coordinazione e l'equilibrio.

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	.PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	----------------------------	---------------

<b>Data:</b>	10\10\2022
--------------	------------

Torre del Greco,10-10-2022

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
ESPOSITO RAFFAELLA

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	16-05-2023
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	coniugato	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	pensionato	Telefono	
È seguito dal servizio sociale di	no		

### 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	Caputo	Nome	Giulia
Rapporto di parentela	moglie		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3319956707
2)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	
3)Tutela	Orientamento nomina di Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, moglie e 2 figli		

**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
L'utente quale ausilio/presidio utilizza o ha utilizzato in/e fuori casa?	Deambulatore Pannoloni Sedia a rotelle Cuscino antidecubito Poltrona reclinabile Altro (Ascensore privato)
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: 2 figli (1M 1F) 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 Orientamento 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 Collaboratrice domestica

## Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro (figlia) Pensione da lavoro 2 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 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 da lavoro 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 Congedo straordinario Orientamento 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 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) 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
E' sottoposto a trattamento riabilitativo bisettimanale	

## Osservazioni nel colloquio

Rete familiare presente.

I principali problemi che la famiglia e l'utente hanno dovuto affrontare connessi alla disabilità riguardano le relazioni sociali, compreso un senso di solitudine. Ricerca di Associazioni sul territorio affinché l'utente possa coltivare le sue passioni (sport-fotografia) e gruppi di mutuo aiuto utile al confronto e supporto.

Torre del Greco,16-05-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

D'Amato Andrea, 75 anni, "paziente affetto da M. di Parkinson (atipico) con discinesie ed ipostenia AAI, deficit dei passaggi posturali e della deambulazione" é sottoposto a trattamento riabilitativo bisettimanale". Al momento del colloquio, il signore appare orientato nel tempo, nello spazio e nella persona. Andrea vive con i figli e la moglie. Quest'ultima lo aiuta e lo supporta nello svolgimento di attività di vita quotidiana quali lavarsi e vestirsi. Utilizza presidi per l'incontinenza. Si sposta all'interno della propria abitazione autonomamente o grazie all'assistenza fornita dalla moglie. Riferita significativa deflessione del tono dell'umore, lieve diminuzione dell'appetito e alterazioni del ritmo sonno-veglia con occasionali risvegli notturni e parasonnie.

Torre del Greco,17-05-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

Paziente con deficitaria deambulatorio e dell'equilibrio

Scarso controllo del capo

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Guarda allegati

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Migliorare la resistenza e l'esecuzione al passo in fase dinamica con training deambulatorio

Esercizi x l'equilibrio x un miglior controllo del tronco

<b>Data:</b>	30/04/24
--------------	----------

Torre del Greco,11-07-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

--

**TESTS SOMMINISTRATI:**

--

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

--

<b>Data:</b>	
--------------	--

Torre del Greco,11-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
	Deambulazione	SI	P.R.	NO
	Controllo del capo	SI	P.R.	NO
	Equilibrio 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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente a fasi alterne, a volte si trasferisce e deambula in completa autonomia, a volte necessita di assistenza

**Data:** 28/06/24

Torre del Greco,11-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

Orientata nel tempo e nello spazio, buona rete relazione affettiva, nonostante evidenti difficoltà e volontà relazionale riscontrata.

Il paziente effettua terapia domiciliare nonché in aggiunta terapia presso il centro riabilitativo.

Sostenuto costantemente dalla moglie e periodicamente dal figlio, periodicamente in quanto il figlio lavora per lunghi periodi fuori nazione.

La problematica maggiormente rilevate nel paziente e' psicopatologica, risulta opportuno rendere noto uno stato umorale tendente al depresso, stato difficoltà ile trattazione per i familiari del D'amato già impegnati nella cura quotidiana di Andrea

Si rileva per cui quanto mai necessario un supporto psicologico per un periodo di tempo tempo continuativo.

Torre del Greco,13-07-2024

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
ESPOSITO FABIOLA

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

Andrea, 75 anni, é sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale, considerando positiva la professionalità e la relazione con il terapeuta che pratica il trattamento.

Inoltre effettua privatamente, 1/7 Log e 1/7 FKT presso il Centro Diurno "Dimensione Azzurra". Orientamento circa la possibilità di inserire nel progetto la logopedia (prenotata la visita con il neurologo dell'ASL).

Al momento del colloquio, avvenuto in data 9 luglio 2024, Andrea appare orientato nel tempo e nello spazio.

L'utente vive con la moglie e i figli che l'assistono nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Il nucleo familiare è alla ricerca di una collaboratrice domestica. ISEE alto

Orientamento circa l'Assegno di Cura

Dalla visita precedente hanno effettuato la richiesta dei permessi per l'assistenza.

Contatti con l'Associazione Shalom circa la possibilità di inserire il paziente con il Progetto del Servizio Civile.

Adeguate la rete familiare

Torre del Greco,30-07-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinsonismo
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 b730.3
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 residue	
--------------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali

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

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

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

--

Data	04-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare forza  
Migliorare equilibrio  
Migliorare passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Rinforzo muscolare  
Esercizi di equilibrio  
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,04-10-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, affetto da Parkinson, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; necessita di importante assistenza nella deambulazione, nei passaggi posturali e nelle principali autonomie.

Torre del Greco,04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**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,04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**BARTHEL INDEX**

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0=incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10=indipendente	0 5 10
Fare il bagno 0=dipendente 5=indipendente	0 5
Igiene personale 0=necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	0 5
Vestirsi 0=dipendente 5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	0 5 10
Controllo del retto 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessita di aiuto 10=continente	0 5 10
Controllo della vescica 0=incontinente 5=occasionali incidenti o necessità di aiuto 10=continente	0 5 10
Trasferimenti nel bagno 0=dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10=indipendente con l'uso del bagno o della padella	0 5 10
Trasferimenti sedia/letto 0=incapace, no equilibrio da seduto 5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10=minima assistenza e supervisione 15=indipendente	0 5 10 15
Deambulazione 0=immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10=necessita di aiuto di una persona per>45m 15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	0 5 10 15
Salire le scale 0=incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10=indipendente, può usare ausili	0 5 10
Totale (0-100)	40

Torre del Greco,04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**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		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinsonismo		

**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,04-10-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

Nella sezione "Allegati" sono presenti i seguenti strumenti di valutazione:

1) Il questionario MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) per valutare il supporto sociale percepito dall'utente, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa

. Costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti.

Un punteggio elevato sulla scala indica la presenza di un buon supporto, un punteggio basso indica invece scarse risorse sociali presenti nella vita della persona.

2) 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,10-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**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 b730.3
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, IV, V d450.3
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 equilibrio e deambulazione

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

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

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

--

Data	02-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,02-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**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; necessita di assistenza 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  
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,02-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinson, presenza di tremori a riposo; ridotta forza e trofismo muscolare, deambulazione, passaggi posturali e principali autonomie eseguite con assistenza/supervisione.

Torre del Greco,02-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**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,02-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**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)	45

Torre del Greco,02-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'AMATO	Nome	ANDREA
Data di nascita	29-11-1948	Cartella Clinica n.	6900

**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,02-05-2025