

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 14-11-2023 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 (64 anni) | Cartella Clinica n. | 7776 |
| Luogo | TORRE DEL GRECO | | |
| Stato civile | celibe | Comune di residenza | TORRE DEL GRECO |
| Condizione professionale | pensionato (ex geometra) | Telefono | 0818491934 |
| 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 | Pernice | Nome | Francesco |
| Rapporto di parentela | fratello | | |
| Comune di residenza | Torre del Greco | Telefono | 3394440496 |
| 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 | 01 | | |
| 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 |
| Quali ausili/presidi utilizza in e fuori casa? | Deambulatore Cuscino antidecubito Slip/pannoloni assorbenti Orientamento richiesta sedia a rotelle (per uscite esterne) 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: 2 fratelli e 1 cognata 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 - presenza di piaga 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 - n.2 (si alternano di giorno e di notte) Infermiere |

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? | Nessun costo eccessivo 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 vogliono usufruirne) Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Orientamento contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Orientamento 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 |
| Sottoposto a trattamento riabilitativo bisettimanale. | |
| Il colloquio si effettua in data odierna con il fratello del sig. Pasquale. L'utente vive da solo, con il supporto di n. 2 badanti che si alternano nelle 24h e che aiutano la persona nell'igiene personale. Riferita autonomia nell'utilizzo di ausili per l'alimentazione. Orientamento Centro diurno anziani, importante svolgere attività ricreative finalizzate al mantenimento delle autonomie individuali, favorire la socializzazione e l'integrazione dei soggetti vulnerabili nel tessuto sociale. Necessario monitoraggio. | |



Torre del Greco,15-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Parkinsonismo |
| 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 d450.3.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---------------------------------------|
| Migliorare ROM |
| Migliorare forza |
| Migliorare equilibrio e deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza: | 2/7 |
| Durata: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 28-02-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,28-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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; difficoltà di equilibrio, passaggi posturali e deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare ROM
Migliorare equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
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,28-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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; tremori a riposo AASS, ridotto il ROM dei 4 arti, rigidità articolare, ridotto il trofismo e la forza; deambulazione con girello; difficoltà di equilibrio; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; descritte difficoltà di deglutizione (solidi>liquidi)

Torre del Greco, 28-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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) | 55 |

Torre del Greco, 28-02-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 b730.2 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | III, IV, V, VI d450.2.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------------|--|
| 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) |
| Frequenza: | 2/7 |
| Durata: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 24-06-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,24-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 Parkinsonismo, 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,24-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinsonismo, tremori a riposo arto superiore destro, ridotto trofismo e forza muscolare; passaggi posturali con assistenza, riesce a fare qualche passettino assistito, necessita di assistenza per le principali autonomie; al controllo odierno, paziente allettato per recente intervento di ernia inguinale (13/06/24)

Torre del Greco, 24-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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, 24-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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, 24-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 iatrogeno | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Parkinsonismo iatrogeno | | |

**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,24-06-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | 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 d450.3.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|-------------------------------|
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali |
| Migliorare deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza: | 2/7 |
| Durata: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 31-10-2024 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare deambulazione

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,31-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 ROM, trofismo e forza muscolare; deambulazione con assistenza e girello; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà alla deglutizione di solidi.

Torre del Greco, 31-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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,31-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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) | 55 |

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 (geni tore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,31-10-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data 5 Dicembre 2024, è stata effettuata la visita di monitoraggio presso il domicilio del Signor Pernice, affetto da morbo di Parkinson. Ci accoglie la badante, la quale si occupa del paziente principalmente la mattina, ma che per volere dei fratelli di Pasquale verrà presto sostituita; la sera invece è presente un' altra badante.

Pasquale, appare vigile, orientato nel tempo, e svolge terapia 2 volte la settimana, di durata variabile, a seconda delle sue necessità. Rigidità muscolare ancora presente, difatti per tale motivo Pasquale trascorre la maggior parte delle sue giornate a casa, guardando la televisione. Per ovviare alla questione relativa alla sedentarietà ed all' isolamento sociale, fu proposto tempo fa la frequenza in un centro diurno, ma Pasquale non ha voluto, in quanto molto legato alla sua famiglia, ai suoi due fratelli che si occupano di lui.

L' alimentazione è nella norma, il sonno invece è irregolare, presente insonnia.

Attualmente Pasquale assume la oanzapina

Torre del Greco,06-12-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | 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 d450.3.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--|--|
| Contrastare progressione della patologia | |
|--|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Migliorare ROM |
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali e deambulazione |

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

| | |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza: | 2/7 |
| Durata: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 19-03-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 per o passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

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,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 ROM, trofismo e forza muscolare; deambulazione con assistenza e girello; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà alla deglutizione di solidi.

Torre del Greco, 19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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) | 55 |

Torre del Greco,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 (geni tore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,19-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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, V, VI d450.3.2 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 5 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--|--|
| Contrastare progressione della patologia | |
|--|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|-------------------------------|
| Migliorare ROM |
| Migliorare forza |
| Migliorare passaggi posturali |

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

| | |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | RNM (a domicilio) |
| Frequenza: | 2/7 |
| Durata: | 120 |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 30-05-2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,30-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 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,30-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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 (in particolare AS dx), ridotto ROM, trofismo e forza muscolare, deambulazione con girello, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie.

Torre del Greco, 30-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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,30-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

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,30-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 17 Giugno 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor Pernice Pasquale**Intervento riabilitativo in corso:** Rieducazione neuro-motoria**Diagnosi:** Malattia di Parkinson**Relazione visita domiciliare**

In data 17/06/2025 è stata effettuata una visita domiciliare presso l'abitazione del signor Pernice Pasquale, sita in Via Ponza 6, Torre del Greco.

Il signore, di 66 anni, si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile ma in grado di rispondere parzialmente alle domande.

Dimostra scarsa capacità di orientamento nello spazio e nel tempo.

Dal punto di vista motorio, il signore evidenzia difficoltà significative nella deambulazione, che limitano la sua capacità di uscire di casa e muoversi autonomamente senza un supporto costante.

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

Sul piano sociale e assistenziale, il signore dispone di una rete familiare stabile e presente. In particolare il fratello e la cognata hanno disposto che ci siano due badanti, che si alternano nella gestione e nella cura sia del paziente che dell'abitazione.

Torre del Greco, 17-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome | PERNICE | Nome | PASQUALE |
| Data di nascita | 24-11-1958 | Cartella Clinica n. | 7776 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Pasquale Pernice (66 anni) con diagnosi di Parkinsonismo secondario da circa 4/5 anni.

Inoltre è presente la cognata principale caregiver e due collaboratori domestici. Si presenta curato nell'aspetto e nell'igiene personale, così come l'abitazione.

Orientato nel tempo e nello spazio, difficoltà motorie (tipiche della patologia). Tono dell'umore basso, causato anche da un disturbo depressivo pregresso.

Sufficiente il rapporto tra il livello cognitivo ed emotivo.

Appetito nella norma, sonno notturno disturbato (ma recupero pomeridiano). Ottima rete sociale e familiare.

Non si riscontra specifico disagio psicopatologico.

Torre del Greco,19-06-2025

CASE MANAGER

dott.

VISCIANO RAFFAELE