

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

Si effettua in data odierna il colloquio con la paziente che riferisce l'esordio della malattia ( Morbo di Parkinson ) avvenuto da circa 4 anni .

Discretamente autonoma in ambito domestico ,necessita di supporto che le giunge dalla presenza figlia e dal marito .

Lamenta un rallentamento motorio nelle prime ore del mattino e nelle ore serali .

Percepisce una indennità di invalidità .

Torre del Greco,08-11-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Quirola Alba

## SCHEDA SOCIALE

<b>DATA 1° COLLOQUIO</b>	08-11-2023
--------------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	

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

### Riferisce di essere titolare di:

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

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome		Nome	
Rapporto di parentela			
Comune di residenza		Telefono	3384401539
Condizione professionale			
2)Cognome		Nome	
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare			
Composto da			
I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo?	SI	NO	

## Situazione socio-familiare:

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

## Situazione economica/assistenza e servizi

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

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 08-11-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

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

Paziente vigile, collaborante, ben orientata nel tempo e nello spazio, disponibile al dialogo con l'esaminatore.

Non si rilevano deficit cognitivi, né turbe comportamentali o disturbi del pensiero.

Conduce una vita quotidiana aderente alle proprie condizioni e bisogni.

Ben assistita in ambito familiare.

Si effettua colloquio di sostegno psicologico.

Torre del Greco,05-12-2023

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
D AMBROSIO GIOVANNA

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	M. di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU02 Malattia neurologica (NEU)-parkinsonismo
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:	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
Frequenza:	2/7
Durata:	150

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

--

Data	30-01-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 30-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**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 Malattia di Parkinson; difficoltà nei passaggi posturali, nell'equilibrio e nella deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

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

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Rinforzo muscolare
- Esercizi di equilibrio
- Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

## TEMPI DI VERIFICA:

A termine

## RISULTATO

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

Torre del Greco, 30-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetta da M. di Parkinson, ridotto il trofismo muscolare e la forza; deambulazione possibile con girello o con assistenza; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; descritte difficoltà nella deglutizione.

Torre del Greco, 30-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**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, 30-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**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: 91 /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: 91 /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: 91 /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: 91 /100							

Torre del Greco, 30-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>65</b>

Torre del Greco, 30-01-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

## **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
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:</b>			
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:</b>			
<b>Note:</b>			

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

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

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU02 Malattia neurologica (NEU)-parkinsonismo
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 equilibrio e passaggi posturali

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	150

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

--

Data	19-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 19-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**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 affetta da Malattia di Parkinson; necessita di assistenza per i passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare ROM
- Migliorare forza
- Migliorare equilibrio e passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Rinforzo muscolare
- Esercizi di equilibrio
- Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Vedi test in allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	

Torre del Greco, 19-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

Paziente in condizioni cliniche stanzonarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Malattia di Parkinson, ridotto ROM, trofismo e forza muscolare; deambulazione possibile con ausilio di girello e assistenza; necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; descritte difficoltà di deglutizione.

Torre del Greco, 19-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**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, 19-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>65</b>

Torre del Greco, 19-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

## **SEZIONE 9 - DIMISSIONI**

### **VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI**

**MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO 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
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:</b>			
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:</b>			
<b>Note:</b>			

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

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

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	25-07-2024
-------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956 (68 anni)	Cartella Clinica n.	7616
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	Coniugata	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	casalinga	Telefono	0818827630
È seguito dal servizio sociale di	NO		

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

Pensione	SI	NO
Invalidità civile	SI	100 % NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI	NO Orientamento

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	Borrelli	Nome	Raffaele
Rapporto di parentela	marito		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3384401539
2)Cognome	Nome		
Rapporto di parentela			
Comune di residenza	Telefono		
3)Tutela	Amm. di sostegno Tutore Inabilità Assente		
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	utente e marito		

## Situazione abitativa:

L'abitazione dove la persona risiede si trova	In centro (del comune) Fuori dal centro (periferia) È isolata
L'abitazione è adeguata alle esigenze della persona?	Si, è una casa confortevole Si, 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: 4 figli (2 M - 2 F) e nipoti Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno
La famiglia fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare)
Per quante ore in media alla settimana?	
La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?	Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Badante che non coabita Altro (specificare) Collaboratrice domestica

## Situazione economica/assistenza e servizi

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

## Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con la sig.ra Rosa, la quale riferisce di essere supportata dal marito e dai figli.

Orientata nel tempo e nello spazio. La signora riferisce di avere difficoltà nella deambulazione e di spostarsi

all'interno della propria abitazione con l'ausilio del deambulatore o del bastone.

Presente la rete familiare

Torre del Greco, 25-07-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU02 Malattia neurologica (NEU)-parkinsonismo
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**

Contrastare progressione della patologia	
--	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	150

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

--

Data	11-02-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 11-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con Parkinson; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

- Migliorare forza
- Migliorare passaggi posturali
- Migliorare deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

- Rinforzo muscolare
- Esercizi di equilibrio
- Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Vedi test in allegato

## TEMPI DI VERIFICA:

A termine

## RISULTATO

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

Torre del Greco, 11-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Malattia di Parkinson e Mielopatia Vertebrale, ridotta forza e trofismo muscolare (AAII>AASS), difficoltà di equilibrio, nei passaggi posturali e nella deambulazione, per le quali necessita di assistenza/supervisione; ridotta tolleranza allo sforzo e difficoltà nei movimenti fini.

Torre del Greco, 11-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**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, 11-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>65</b>

Torre del Greco, 11-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI**
**VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI**
**MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO 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
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:</b>			
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:</b>			
<b>Note:</b>			

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

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

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Malattia di Parkinson
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	NEU02 Malattia neurologica (NEU)-parkinsonismo
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**

Contrastare progressione della patologia	
--	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali
Migliorare equilibrio e deambulazione

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

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

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

--

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

Torre del Greco, 15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente con Parkinson; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione

**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	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da Malattia di Parkinson e Mielopatia Vertebrale, ridotta forza e trofismo muscolare (AAII>AASS), ridotta tolleranza allo sforzo e nei movimenti fini; difficoltà di equilibrio, necessita di assistenza per i passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie.

Torre del Greco, 15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**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	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**BARTHEL INDEX**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio</b>
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
<b>Totale (0-100)</b>	<b>0</b>

Torre del Greco, 15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

**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
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:</b>			
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:</b>			
<b>Note:</b>			

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

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

Torre del Greco, 15-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

In data 27/05/2025 la paziente Perrella Rosa non ha presenziato al colloquio.

Torre del Greco, 28-05-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

Nel giorno 27-05-2025 la signora Perrella Rosa non si è presentata 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	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

Perrella Rosa , 69 anni, Parkinson.

In data 10/ 06/ 25 si effettua visita colloquio conoscitivo con la Signora Perrella.

La Signora si presenta curata nell'igiene e nell'ordine, ben collocata nello spazio e nel tempo.

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

La Signora riferisce di aver ricevuto la diagnosi nel 2020, a seguito di tremolio fisico.

Nonostante la diagnosi riesce a vivere una vita regolare, grazie al sostegno della famiglia.

Umore basso.

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

**Contesto familiare**

La paziente vive da sola nella propria abitazione, le figlie si alternano nella sua cura e nella cura della casa.

Il nucleo familiare si sostiene economicamente grazie al reddito della pensione di reversibilità del marito, deceduto due mesi fa.

Riconosciuta pensione di invalidità al 100%. No 104.

La Signora ha descritto una rete familiare stabile e presente, in grado di fornire un supporto in caso di necessità.

Torre del Greco, 10-06-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	PERRELLA	Nome	ROSA
Data di nascita	18-06-1956	Cartella Clinica n.	7616

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

Al colloquio è presente Perrella Rosa (69 anni) con diagnosi di Parkinson.

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

Orientata nel tempo e nello spazio, tono dell'umore medio-basso in relazione alla condizione patologica e all'lutto del marito (avvenuto da 2 mesi).

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

Appetito e sonno al momento compromessi dal periodo di lutto.

Buona rete e supporto familiare.

Non si riscontra disagio psicopatologico, si evidenzia tono dell'umore basso in relazione all'lutto (tale condizione emotiva è nella norma considerando la tempistica).

Torre del Greco, 10-06-2025

**CASE MANAGER**

dott.

VISCIANO RAFFAELE