

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

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

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESSO DEL PAZIENTE
ALTRO	Progetto a termine - non rinnovato		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	Encefalopatia mista con Parkinsonismo secondario		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Encefalopatia mista con Parkinsonismo secondario		

**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>			
Si conferma il bisogno riabilitativo			
<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:	21/09/2023	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,02-11-2023

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Codice Fiscale	DFECRI46B10L259U
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	CIMAGLIA	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	0818810151
Data ammissione	04-01-2023	Data dimissione	

### DIAGNOSI

CODICE ENCEFALOPATIA MISTA

EVENTUALI NOTE:

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE

### ANAMNESI FISIOLOGICA:

### ANAMNESI REMOTA:

Ipertensione in trattamento farmacologico

Ipercolesterolemia in trattamento farmacologico

Diabete tipo II

Appendicectomy

Intervento per nodulo epatico (2021)

### ANAMNESI PROSSIMA

--

### ANAMNESI PATOLOGICA:

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

### ANAMNESI RIABILITATIVA:

--

### AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Torre del Greco,16-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinsonismo secondario
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
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:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	16-12-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,16-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**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 Parkinsonismo secondario; difficoltà di equilibrio e deambulazione

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare forza  
Migliorare equilibrio  
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,16-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinsonismo secondario; ridotto il ROM, il trofismo e la forza muscolare, tremori a riposo; difficoltà nei passaggi posturali, nell'equilibrio e nella deambulazione, per le quali necessita di assistenza/supervisione; difficoltà nei movimenti fini e nelle principali autonomie.

Torre del Greco,16-12-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

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

Si prende visione della Prescrizione e si elaborano il Progetto e il Programma riabilitativo, tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi indicati nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapeuta.

Torre del Greco,16-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**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)	70

Torre del Greco,16-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

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

Il paziente De Feo Ciro, di 79 anni è affetto da Parkinson da un paio di anni. Sono presenti altre sintomatologie quali encefalopatia e diabete melito.

Durante colloqui visibile rallentamento psicomotorio, umore basso

Orientato nello spazio e nel tempo.

Ha 2 gli che vivono con lui e sua moglie, che si prendono cura di lui, difatti non è autonomo.

L' alimentazione è nella norma; presenti sono i risvegli notturni dovuti all' incontinenza.

Prende farmaci per il fegato al quale è stato operato per presenza di noduli .

La maggior parte del tempo la trascorre a casa guardando la televisione, gli piace il calcio.

Ha iniziato la fisioterapia da poco, previste sono 3 volte a settimana di terapia.

Torre del Greco,09-01-2025

**CASE MANAGER**

dott.ssa  
BIBIANI ERICA

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 1 Aprile 2025**Partecipanti al colloquio:** Signor De Feo Ciro**Intervento riabilitativo in atto:** RNM (3 volte a settimana)**Osservazioni emerse**

De Feo Ciro, 79 anni, con diagnosi di parkinsonismo secondario.

Durante il colloquio, il Signore si presenta curato nell'igiene e nell'abbigliamento, con una discreta capacità di orientamento temporo-spaziale e un eloquio adeguato. È in grado di rispondere agli stimoli forniti e di ricostruire la propria routine quotidiana.

Evidenzia difficoltà motorie significative e riferisce problemi di pressione negli ultimi tempi.

L'umore appare regolare.

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

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dal paziente, dalla moglie e dai due figli, entrambi con difficoltà.

Uno dei figli pare soffrire di anoressia, mentre l'altro presenta problematiche legate alla gestione della rabbia, tanto che il Signor De Feo riferisce di evitare spesso il dialogo con lui per timore di scatenare reazioni aggressive.

La famiglia si sostiene economicamente grazie alla pensione di marittimo del paziente e alla pensione di invalidità (100%).

Il Signore descrive una rete familiare carente, con difficoltà nella gestione delle attività quotidiane, come fare la spesa o procurarsi i farmaci.

Torre del Greco, 01-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	01-04-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	Licenza media

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	pensione di invalidità 100%	
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?	Figlio con anoressia	

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	mennella	Nome	Annamaria
Rapporto di parentela	Moglie		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	
Condizione professionale			
2)Cognome		Nome	
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	Signore, moglie, due figli		
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 terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 01-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa

AMENO ALESSIA



**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Parkinsonismo secondario
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
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:	3/7
Durata:	180

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

--

Data	20-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,20-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**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 parkinsonismo secondario; difficoltà di equilibrio e passaggi posturali

**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 testi allegato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

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

Torre del Greco,20-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Parkinsonismo secondario, ridotto trofismo e forza muscolare; necessita di assistenza/supervisione per i passaggi posturali, la deambulazione e le principali autonomie; presenza di tremori a riposo; descritte difficoltà di equilibrio e nei movimenti fini.

Torre del Greco, 20-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**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, 20-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**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)	70

Torre del Greco, 20-05-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	DE FEO	Nome	CIRO
Data di nascita	10-02-1946	Cartella Clinica n.	7691

**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 secondario		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Parkinsonismo secondario		

**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,20-05-2025