

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	0014

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

D'Arienzo Massimo, 53 anni, paziente con "atassia di Friederick, disfagia per i liquidi, tetrapostenia, deficit dei passaggi posturali e della deambulazione autonoma", è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale e Log 1/6. Massimo vive con suo fratello, che lo supporta e lo aiuta nello svolgimento di attività di vita quotidiana quali lavarsi, vestirsi e spogliarsi grazie anche al supporto di un operatore assunto privatamente. Al momento del colloquio, avvenuto in data 7/03/2023 il signore appare orientato nel tempo, nello spazio e nella persona. Il signore ad oggi preferisce trascorrere gran parte del proprio tempo a casa, in quanto demotivato ad uscire anche a causa di una riferita ipoacusia che costituirebbe fonte di fastidio in presenza di rumori in strada. Regolare l'appetito così come il ritmo sonno-veglia, salvo occasionali risvegli notturni. L'umore appare deflesso.

Torre del Greco, 07-03-2023

**CASE MANAGER**  
Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**Responsabile Assistenza Sociale dott.ssa Mariagrazia Paone**  
**SCHEDA SOCIALE**

DATA 1° COLLOQUIO	07-03-2023
-------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	0014
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	Celibe	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	Pensionato	Telefono	0818810615
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
Art. 3 comma 3		

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	D'Arienzo	Nome	Aniello
Rapporto di parentela	fratello		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
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	2		
Composto da	utente e fratello		

## 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
L'utente quale ausilio/presidio utilizza o ha utilizzato in/e fuori casa?	Sedia a rotelle Sedia a rotelle elettrica (ASL) Verticalizzatore Letto ortopedico 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: 1 fratello 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)

## 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 Contrassegno parcheggio per disabili Collocamento mirato Bonus sociali utenze Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che l'utente 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 Rinuncia degli studi universitari e ritiro sociale 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  Il Sig. D'arienzo è sottoposto a trattamento riabilitativo trisettimanale e 1 Log.

Torre del Greco,07-03-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**  
Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Atassia di Friedreich
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	BDN05 Crerebropatia (BDN/BDT)-altra cerebropatia
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  d450.3.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio) + LT
Frequenza:	3/7 + 1/7
Durata:	180 - 180

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

--

Data	24-09-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 24-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**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 Atassia di Friedrich, necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare autonomie

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Esercizi fonatori e di deglutizione

**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, 24-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Atassia di Friedrich; ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare; paresi AAII; paziente in sedia a rotelle che necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà di deglutizione (liquidi>solidi)

Torre del Greco, 24-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**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, 25-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**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>25</b>

Torre del Greco, 25-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**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# Atassia di Friedrich		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Atassia di Friedrich		

**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, 25-09-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
1	sostenere il tono muscolare del distretto oro-facciale	SI P.R. NO
2	favorire la coordinazione delle strutture coinvolte nei processi di deglutizione e della produzione del linguaggio	SI P.R. NO
3	favorire l'accordo pneumofonico	SI P.R. NO
4	consolidare le posture di compenso per ridurre la disfagia per i liquidi	SI P.R. NO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

il paziente è collaborante e attivo nell'esecuzione degli esercizi. ha consolidato le posture di compenso per la deglutizione dei liquidi, il piano logopedico prevede esecuzione di prassie per sostenere la tonicità e la coordinazione delle stutture appartenenti al distretto oro-facciale. si lavora anche sulla produzione verbale, in particolare al raggiungimento dell'accordo pneumofonico e alla produzione di suoni fonologicamente complessi.

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

Torre del Greco, 06-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

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

Massimo ha subito un cambio di terapista da poche settimane.

Allo stato attuale è in fase di osservazione e valutazione.

Dai primi incontri emergono grosse difficoltà nella scrittura (fa fatica e impiega molto tempo nell'apporre la propria firma alla fine della terapia e fa fatica a mantenere il rigo); riferisce di fare fatica a parlare per un tempo sostenuto e che una volta stanco si abbassa anche la voce; riferisce la necessità di schiarire la voce e di fare un colpo di tosse alla fine di ogni pasto ma che non ci sono stati recentemente episodi di disfagia importanti.

Si evidenzia una difficoltà di discriminazione uditiva per parole e non parole che si differenziano per un solo fonema; una difficoltà nel mantenere un ritmo di eloquio costante; buone prestazioni riguardanti esercizi di rievocazione fonemica (FAS), rievocazione sillabica e di categorizzazione.

Span tra 4 e 5.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

--

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

- ridurre la difficoltà che incontra nella scrittura;
- ridurre la difficoltà nella discriminazione uditiva;
- potenziare la memoria di lavoro

<b>Data:</b>	05-12-2024
--------------	------------

Torre del Greco, 05-12-2024

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
VENTRESCA CONCETTA

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Atassia di friedrich
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	BDN05 Crerebropatia (BDN/BDT)-altra cerebropatia
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  d450.3.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	5

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare autonomie

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio) + LT
Frequenza:	3/7 + 1/7
Durata:	180 - 180

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

--

Data	12-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

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

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Migliorare forza  
Migliorare autonomie

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Rinforzo muscolare  
Miglioramento autonomie

**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, 12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Atassia di Friedrich; ridotto il ROM dei 4 arti, ridotto trofismo e forza muscolare; paresi AAII; paziente in sedia a rotelle che necessita di assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie; difficoltà di deglutizione (liquidi>solidi)

Torre del Greco, 12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**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, 12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**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>25</b>

Torre del Greco, 12-03-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ARIENZO	Nome	MASSIMO
Data di nascita	14-01-1970	Cartella Clinica n.	14

**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# Atassia di Friedrich		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Atassia di Friedrich		

**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, 12-03-2025