



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale Novara
Sede legale:
Viale Roma, 7 - 28100 Novara
www.asl.novara.it

PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO
V.le Zoppis 10 - 28021 Borgomanero (NO)
S.C. di NEUROLOGIA
DIRETTORE DR.SSA GODI LAURA

LETTERA DI DIMISSIONE: ZONCA MIRKO ANGELO - N°. SDO: 2025011251

Pagina 1 di 3

Direttore:
Dr.ssa L. Godi
Tel. 0322/848434
laura.godi@asl.novara.it

Reparto Neurologia:

Dr.ssa Cecchin M.
Dr.ssa De Paoli I.
Dr. Nasuelli N.
Dr.ssa Onorato S.
Dr. Pettinaroli R.
Dr. Barbero P. (SAT)

Cpss coordinatore Ambulatorio
Matella R.

Cpss coordinatore Reparto
Tonio V.

Tecnici TNFP

Diana C.
Fantini F.
Marino S.
Napolitano I.

C.P.S.I. ambulatori

Caruso A.
Fanni M.

Ambulatori:

- Divisionale classe 1 e 2
- Ambulatorio CDCD
- Ambulatorio per patologie
- Tossina Botulinica
- Elettroencefalografia
- Potenziali Evocati
- Ecocolor Doppler TSA
- Ecocolor doppler Transcranico

Recapiti

Ambulatori Neurologia
Segreteria: 0322-848581

Reparto Neurologia

Studio infermieri: 0322-848292
Studio medici: 0322-848473

Mail

neuro.bor@asl.novara.it
nefroneuro@asl.novara.it

Gentile Collega Dott./Dott.ssa QUATTRUCCI FRANCESCA,
In data odierna viene dimesso il/la Sig/a **ZONCA MIRKO ANGELO**, nato/a **ARONA** il **12/08/1967**, CF **ZNCMKN67M12A429Q**, residente a **VIA MAZZINI 22 - MEINA** (Tel. 3400023460), ricoverato presso questo ospedale dal **13/12/2025** al **23/12/2025**.

MOTIVO DEL RICOVERO:

Paziente di 58 aa. Nella notte del 13/12 intorno alle ore 01:20/01:30 circa, mentre lavorava, ha manifestato improvvisa sensazione di debolezza all'Al destro. Allertati i soccorsi, durante il trasporto comparsa di debolezza anche all'AS controlaterale. All'arrivo in Pronto Soccorso di Borgomanero riscontro di elevati valori pressori per cui venivano somministrati boli di Urapidil refratti (tot 6 cc) con discreto beneficio + Bromazepam 10 gtt. Eseguito ECG in RS. Esami ematici nei limiti in particolare PLTs 278, coagulazione di norma. Eseguito protocollo TC encefalo + angioTC in cui non si dimostravano iperdensità ematiche intra- ed extra-assiali né ipodensità a carattere ischemico recente a carico del tessuto nervoso sovra- e sottotentoriale; sfumata ipodensità della sostanza bianca in sede frontale e nucleo-capsulare sinistra, in prossimità del ventricolo laterale, come da esiti ischemici pregressi; sistema ventricolare regolare per sede, dimensioni e morfologia. All'esame angiografico, dopo iniezione endovenosa di mezzo di contrasto, regolare calibro e pervietà dell'arco aortico, dei tronchi sovraortici e dei principali vasi arteriosi intracranici; non malformazioni di tipo aneurismatico e/o artero-venoso; buona rappresentazione del sistema collaterale leptomeningeo e del deflusso venoso. Alla valutazione neurologica: alle prove di Mingazzini slivellamenti 10 cm AS ds con pronazione; mantenuto Al ds con oscillazioni. NIHSS 2.

Avviato trattamento trombolitico con Alteplase.

Si disponeva ricovero in Neurologia per la prosecuzione delle cure e degli accertamenti del caso.

DATI ANAMNESTICI DI RILIEVO:

Anamnesi fisiologica:

-Sposato. Lavora come addetto squadra antincendio, in precedenza tatuatore. Fumatore attivo (ha cessato per breve periodo in concomitanza del precedente evento ischemico).

Anamnesi patologica remota:

- Nel 2014 ricovero in Neurologia per ictus ischemico capsula interna sin. Durante il ricovero eseguiti ECD TSA - non stenosi emodinamiche, ecocardiogramma TT ndr, TCCD non shunt. Riscontro di dislipidemia per cui avviata statina, incremento MCV per cui avviata B12 ed acido folico. Trasferito presso Maugeri Veruno, riferito completo recupero.

-2001 paralisi periferica VII NC sin

-Esofagite da reflusso + ernia iatale (diagnosi EGDS 2002)

-Il pz da circa un mese ha sospeso su base volontaria la tp antiaggregante, riferisce assunzione incostante di tp antipertensiva, non effettua controlli.

Terapia domiciliare:

Olmesartan 20 mg 1 cp al mattino - riferita assunzione incostante

DECORSO:

All'ingresso in reparto il paziente veniva posto in monitoraggio multiparametrica che dimostrava elevati valori pressori per cui si potenziava la terapia antiipertensiva domiciliare con beneficio.

Agli esami ematochimici: LDL 200, avviata statina/ezetimibe; LAC positivo per cui si





A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale Novara
Sede legale:
Viale Roma, 7 - 28100 Novara
www.asl.novara.it

PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO
V.le Zoppis 10 - 28021 Borgomanero (NO)
S.C. di NEUROLOGIA
DIRETTORE DR.SSA GODI LAURA

LETTERA DI DIMISSIONE: ZONCA MIRKO ANGELO - N°. SDO: 2025011251

Pagina 2 di 3

consiglia controllo a 12 settimane. Ipovitaminosi D per cui avviata supplementazione.

Eseguita in prima giornata TC encefalo di controllo che non riscontrava iperdensità endocraniche né si rendevano evidenti lesioni ischemiche di recente insorgenza; invariata ipodensità al passaggio ginocchio capsula interna - sostanza bianca peritronale a sn e in sede frontale ds, in esiti.

Dal punto di vista terapeutico, in considerazione della genesi ischemica del quadro, si avviava terapia antiaggregante con ASA 300 mg per 7 giorni poi proseguita alla posologia di 100 mg. Potenziata la terapia antipertensiva domiciliare con introduzione di amlodipina.

Eseguita RM encefalo che dimostrava area di alterato segnale, a livello della sostanza bianca propisciente l'atrio del ventricolo laterale sn con minima estrinsecazione al talamo posteriormente, espressione di lesione ischemica in una fase acuta. Riscontro inoltre di sporadiche e puntiformi areole in sede frontale, peritronale e sottolenticolare da riferire ad ampliamento degli spazi perivascolari di Virchow-Robin e a focale gliosi parenchimale da danno anossico aspecifico.

In data 17/12 posizionato holter ECG per monitoraggio del ritmo cardiaco che risultava in ritmo sinusale per tutta la durata della registrazione; rarissimi BEV isolati; rari BESV isolati a coppie e in brevi salve non sostenute; non pause patologiche.

Eseguita valutazione fisiatrica e mobilitazione nel corso del ricovero. Veniva rilasciato PPRI con indicazione a prosecuzione del percorso riabilitativo in regime di ricovero, si trasferisce in data odierna presso Clinica Maugeri di Veruno.

Dal punto di vista neurologico miglioramento clinico con residua sfumata emiparesi destra. Alla dimissione: paziente vigile, orientato, collaborante. Passaggi posturali con supervisione. Deambulazione con monoappoggio. Sfumata emiparesi ds.
NIHSS 2, mRS 1.

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE:

STROKE ischemico in sede periventricolare sn sottoposto a trombolisi endovenosa. Ipertensione arteriosa. Dislipidemia.
Primo riscontro positività Ab antifosfolipidi.

PRINCIPALI ESAMI ESEGUITI:

TC ENCEFALO (NO MDC) - N - 13/12/2025
RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO - N - 15/12/2025
HOLTER ECG - 14/12/2025
VISITA FISIATRICA - 14/12/2025

Eseguiti in DEA:

ECG DEA - 13/12/2025
VISITA NEUROLOGICA - 13/12/2025
TC ENCEFALO (NO MDC) - N - 13/12/2025
TC ANGIO - 13/12/2025
ANGIO TC WILLIS SINGOLO DISTRETTO - N - 13/12/2025
FIBRINOLISI - 13/12/2025

CONSEGNATO AL PAZIENTE:

Copia referto esami eseguiti durante il ricovero



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale Novara
Sede legale:
Viale Roma, 7 - 28100 Novara
www.asl.novara.it

PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO
V.le Zoppis 10 - 28021 Borgomanero (NO)
S.C. di NEUROLOGIA
DIRETTORE DR.SSA GODI LAURA

LETTERA DI DIMISSIONE: ZONCA MIRKO ANGELO - N°. SDO: 2025011251

Pagina 3 di 3

Certificato di assenza dal lavoro per malattia per il periodo del ricovero

CONTROLLI:

- Visita neurologica di controllo fra circa 3 mesi presso Ambulatorio Malattie Cerebrovascolari (da prenotare con impegnativa del Curante contattando 0322-848581)
- Controllo profilo autoimmunità con dosaggio LAC, anti-B2 glicoproteina e anticardiolipina tra 12 settimane

Prescrizioni Non Farmacologiche:

Astensione assoluta dal fumo

Monitoraggio pressorio da proseguire al domicilio, portare in visione diario al Curante per eventuale adeguamento della terapia

TERAPIA FARMACOLOGICA:

(classe A SSN)

Olmesartan 40 mg 1 cp h 12.00
Amlodipina 5 mg 1 cp h 20.00
ASA 100 mg 1 cp h 12.00
Colecalciferolo 10.000 30 gtt il MARTEDI

(classe C SSN)

Pantoprazolo 20 mg 1 cp h 8.00

(classe A nota 13 statine)

Atorvastatina 40 mg 1 cp h 20.00
Ezetimibe 10 mg 1 cp h 20.00

Cordiali saluti

Borgomanero, li 23/12/2025

REGIONE PIEMONTE ASL NO - NOVARA
PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO 010006
S.C. NEUROLOGIA 3201
Dr.ssa Montabone Claudia
Dr.ssa Claudia MONTABONE
Matricola 6013



Avvertenze per il Paziente:

La terapia consigliata è un'indicazione per il Suo Medico Curante e può comprendere farmaci NON CONCEDIBILI DALL S.S.N. e quindi a pagamento totale o parziale da parte dell'utente. Il Curante potrà apportare le modifiche che riterrà opportune. Siamo comunque a disposizione per quanto di nostra competenza.



PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO
STRUTTURA COMPLESSA RADIODIAGNOSTICA

Direttore: Dott.ssa Alessandra Ferrari
V.le Zoppis, 10 – 28021 Borgomanero (NO)
Segreteria: Tel. 0322.848236

Cognome e nome **ZONCA MIRKO ANGELO**

Data di nascita : **12.08.1967**

Referto numero: **2458062.1**

PROVENIENZA **Neurologia BORGOMANERO**

Data Referto: **13/12/2025**

Prenotazione	Data Esame	Descrizione	Tecnico
2877369-1	13/12/2025	TC ENCEFALO (NO MDC)	Sig.ra Balzano Anna

TC ENCEFALO (NO MDC)

Esame eseguito in regime d'urgenza nelle sole condizioni di base confrontato con un precedente analogo eseguito in data odierna alle ore 3.21 h circa.

Non sono comparse iperdensità endocraniche nè si sono rese evidenti lesioni ischemiche di recente insorgenza. Invariate alcune sfumate ipodensità a passaggio ginocchio capsula interna sostanza bianca peritrigonale a sinistra e in sede frontale sottocorticale destra, in esiti.

Il Medico Refertante
Dott.ssa Alessandra Ferrari

Indicazione di dose secondo l' art.161 dei D.Lgs 101/2020

TC ENCEFALO (NO MDC) Classe: II



PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO
STRUTTURA COMPLESSA RADIODIAGNOSTICA

Direttore: Dott.ssa Alessandra Ferrari
V.le Zoppis, 10 – 28021 Borgomanero (NO)
Segreteria: Tel. 0322.848236

Cognome e nome **ZONCA MIRKO ANGELO**

Data di nascita : **12.08.1967**

Referto numero: **2457912.1**

PROVENIENZA **DEA BORGOMANERO**

Data Referto: **13/12/2025**

Prenotazione	Data Esame	Descrizione	Tecnico
2877282-1	13/12/2025	TC ENCEFALO (NO MDC)	Sig. Giacometti Alessandro
2877282-2	13/12/2025	TC ANGIO	Sig. Giacometti Alessandro
2877282-3	13/12/2025	ANGIO TC WILLIS SINGOLO DISTRETTO	Sig. Giacometti Alessandro

TC ENCEFALO (NO MDC)

TC ANGIO

ANGIO TC WILLIS SINGOLO DISTRETTO

Esame eseguito in regime d'urgenza, prima e dopo infusione endovena di mezzo di contrasto organo-iodato (Iopamiro 370 mg/ml) con protocollo Angio-TC spirale per studio del circolo arterioso intracranico e dei tronchi sovraortici; presa visione di RM del 03/10/2016.

All'esame basale, non iperdensità ematiche intra- ed extra-assiali né ipodensità a carattere ischemico recente a carico del tessuto nervoso sovra- e sottotentoriale.

Sfumata ipodensità della sostanza bianca in sede frontale e nucleo-capsulare sinistra, in prossimità del ventricolo laterale, come da esiti ischemici pregressi.

Sistema ventricolare regolare per sede, dimensioni e morfologia.

Strutture della linea mediana in asse.

Ispessimento mucoso del seno sfenoidale e mascellare destro.

All'esame Angio-TC dopo iniezione endovenosa di mezzo di contrasto, regolare calibro e pervietà dell'arco aortico, dei tronchi sovraortici e dei principali vasi arteriosi intracranici; non malformazioni di tipo aneurismatico e/o artero-venoso.

Buona rappresentazione del sistema collaterale leptomeningeo e del deflusso venoso.

Il Medico Refertante
Dott. Mario Puzo

Indicazione di dose secondo l' art.161 del D.Lgs 101/2020

ANGIO TC WILLIS SINGOLO	Classe: II
TC ANGIO	Classe: III
TC ENCEFALO (NO MDC)	Classe: II



PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO
STRUTTURA COMPLESSA RADIODIAGNOSTICA

Direttore: Dott.ssa Alessandra Ferrari
V.le Zoppis, 10 - 28021 Borgomanero (NO)
Segreteria: Tel. 0322.848626

Cognome e nome **ZONCA MIRKO ANGELO**

Data di nascita : **12.08.1967**

Referto numero: **2458336.1**

PROVENIENZA **Neurologia BORGOMANERO**

Data Referto: **15/12/2025**

Prenotazione	Data Esame	Descrizione	Tecnico
2877825-1	15/12/2025	RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	TSRM Dott. Chiarpotto

RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO

L'esame è stato eseguito con sequenze T1 e T2 dipendenti, su piani ortogonali dello spazio e completato con indagine di diffusione con ADC e T2G.E.

L'esame è stato eseguito su apparecchiatura Siemens Magnetom Altea 1,5 Tesla

Motivo dell'esame: ictus ischemico

A livello della sostanza bianca propiciente l'atrio del ventricolo laterale dal lato di sinistra con minima estrinsecazione al talamo posteriormente è possibile apprezzare un'area di alterato segnale iperintensa nella sequenza eseguita con tecnica di diffusione espressione di lesione ischemica in una fase acuta.

Per il resto:

L'esame dimostra la presenza di sporadiche e puntiformi areole iperintense della sequenza T2 dipendente in sede frontale, peritrigonale e sottolenticolare da riferire prevalentemente ad ampliamento degli spazi perivascolari di Virchow-Robin e solo in minima parte a puntiformi aree di focale gliosi parenchimale esito di danno di tipo anossico di aspetto aspecifico.

Nella sequenza T2 G.E. non sono rilevabili immagini ipointense con aspetto di depositi emosiderinici in sede intraparenchimale.

Il sistema ventricolare presenta forma e dimensioni regolari.

Le strutture della linea mediana sono in asse.

Il Medico Refertante
Dott.ssa Gabriella Galizia

ID Paziente: 1314 Data di nascita: sab 12 ago 1967 (58 anni) Sesso: Maschio
Codice Fiscale: Caso: Registrato: mer 17/12/2025 10:48:43
Ospedale/Studio med.: A.S.L. NO Ordine: Lunghezza analizzata: 20 ora 23 min 8 sec, 16,9% artefatto
Medico di riferimento: , Reparto: NEUROLOGIA 3292 Analizzato da: Medico gio 18 dic 2025
Cpmmenti test:
STROKE ISCHEMICO
OLMESARTAN AMLODIPINA ASA PANTOPRAZOLOATORVASTATINA EZETIMIBE COLECALCIFEROLO

Battiti

Battiti	Totale	Normale		Ventricolare		Sopraventricolare		Stimolato	
Tot.	60.379	59.602	99%	9	<1%	740	1%	21	<1%
Max/ora		3.907	mer 17, 17:00	3	mer 17, 21:00	241	mer 17, 19:00	9	mer 17, 23:00
Intervalli:		Intervallo RR	Più lungo	1,72 s	(mer 17, 15:29:13)	Più breve	517 ms	(mer 17, 15:59:42)	
		Intervallo NN	Più lungo	1,72 s	(mer 17, 15:29:13)	Più breve	575 ms	(mer 17, 19:51:41)	

Frequenza cardiaca

FC (1 min med)	Frequenza (bpm)	Ora	Eventi dipendenti dalla frequenza	Tot.	Più severo - Freq. (bpm)	Più lungo (battiti / sec)
Max	72	mer 17, 20:20	Pausa	0	-	
Min	48	gio 18, 04:41	2 RR	-	-	-
Media	59		Bradycardia	0		
FC media (Giorno)	62	07:00:00 - 23:00:00	Tachicardia	0		
FC media (Notte)	56	23:00:00 - 07:00:00				

Eventi dipendenti dalla frequenza

Aritmie ventricolari

Battiti ventricolari : 9 (<1%) Max/ora : 3 (mer 17, 21:00) Max/minuto: 2 (mer 17, 22:11) Media/ora : 0

Evento	Totale eventi	Totale battiti VE	% battiti VE	% battiti totali	Per 1000	Freq. max (bpm)	Più lungo (battiti / sequenze)
TV	0	0	0%	0%	0		
Salve VE/RIVA	0	0	0%	0%	0		
RIV	0	0	0%	0%	0		
Tripletta	0	0	0%	0%	0	-	-
Coppia	0	0	0%	0%	0	-	-
Bigeninismo	0	0	0%	0%	-	-	-
Trigeminismo	0	0	0%	0%	-	-	-
Eventi VE singoli	9	9	100%	<1%	0	-	-

Aritmie sopraventricolari

Battiti sopraventricolari : 740 (1%) Max/ora : 241 (mer 17, 19:00) Max/minuto: 13 (gio 18, 00:29) Media/ora : 36

Evento	Totale eventi	Totale battiti SVE	% battiti SVE	% battiti totali	Per 1000	Freq. max (bpm)	Più lungo (battiti)
TSV	0	0	0%	0%	0		
Salve SVE	4	14	2%	<1%	0	90 : mer 17, 19:51	4 : mer 17, 20:56
Coppia SVE	8	16	2%	<1%	0	-	-
Eventi SVE singoli	710	710	96%	1%	11	-	-

Risultati:

RITMO SINUSALE PER TUTTA LA DURATA DELLA REGISTRAZIONE.
RARISSIMI BEV ISOLATI.
RARI BESV ISOLATI A COPPIE E IN BREVI SALVE NON SOSTENUTE.
NON PAUSE PATOLOGICHE.

DOTT. L. BEGAMASCO

MI





Istituto Scientifico di Veruno

Servizio di Diagnostica per Immagini
Responsabile: Dr. Mariano Sacco

Via per Revislate 13
28013 Gattico-Veruno (NO)
Tel. 0322 884711
Fax. 0322 884816
Email: radiologia.veruno@icsmaugeri.it

Sig./Sig.ra: **Zonca Mirko Angelo**
Data di Nascita: **12/08/1967**

Codice Fiscale: **ZNCMKN67M12A429Q**

Provenienza: **VE - NEUROLOGIA RIABILITATIVA -
REPARTO**

Prestazione
eseguita: **TC ENCEFALO SENZA
CONTRASTO Classe dose: II**

ID Paziente: **PK-1171691441**
N. di **2025014216**
accesso:



Schedulazione: 24/12/2025

Esecuzione: 24/12/2025

Quesito clinico: recidiva stroke ischemico sn; controllo

Indagine eseguita esclusivamente nelle condizioni di base come da richiesta specialistica allegata. Non siamo in possesso di documentazione iconografica precedente per un utile giudizio tipo comparativo.

Non si apprezzano iperdensità di natura ematica in sede intra ed extra-assiale.

In fossa cranica posteriore non si rilevano alterazioni tomodensitometriche focali del parenchima cerebrale a genesi vascolare.

In sede sovratentoriale si rileva piccolo esito ipodenso in sede nucleo-capsulare sn e più cranialmente focale tenue ipodensità, di natura ischemica recente, in sede periventricolare e nella corona radiata.

Una piccola focale ipodensità si rileva anche a destra in corrispondenza della porzione anteriore del centro semiovale.

Sono regolarmente in asse le strutture anatomiche del piano sagittale mediano.

Il sistema ventricolare conserva regolare morfologia e dimensioni.

Medico Radiologo: Dott. Mariano Sacco
SCCMRN71E12F952R

TSRM: Dr. Righini Patrizia

Data validazione digitale: 24/12/2025 11:07:42

Documento informatico firmato digitalmente e archiviato da questo Ente ai sensi della normativa vigente (D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.). La sua stampa costituisce copia dell'originale informatico.

ICS Maugeri SpA SB è certificata secondo la UNI EN ISO 9001:2015 da Bureau Veritas Italia SpA

REGIONE PIEMONTE – ASSESSORATO ALLA SANITA' E ALL'ASSISTENZA
Fornitura dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) ai sensi D.M. 27/08/99

A.S.L. n. A.O./STRUTTURA ACCREDITATA **IST.CLIN.SCIENT.MAUGERI SPA SB VERUNO (NO)**
Assistito **ZONCA MIRKO ANGELO**
Nato a **ARONA NO** il **12.08.1967**
Residente a **MEINA NO 28046 VIA MAZZINI 22** Tel. **379/1906461**
MOGLIE

Diagnosi Recidiva di stroke ischemico sinistro

Prescrizione dispositivi

Peromed (tutore gamba piede con caratteristiche dinamiche, basso, con valve laterali e mediali) **destro num 43**
codici: 06.12.06.033

Tempo di impiego del presidio: parziale

Modalità di controllo: ambulatoriale

Variazione prevedibile nel tempo: no

Possibili controindicazioni e limitazioni di impiego: no

Significato terapeutico e riabilitativo: favorire una corretta dinamica dell'arto inferiore durante il cammino

Ausilio erogabile in urgenza secondo articolo 2 comma e DM 332 del 27 agosto 1999

Dr.ssa Federica Zeni
ZNEFRC89R44A290U
Specialista in Medicina
Fisica e Riabilitativa

Data **03.02.2026**

il Medico Specialista competente **DOTT. F. ZENI**

(timbro e firma)

Azienda abilitata in caso di fornitura esterna

Preventivo n.

Codificazione

Data

(timbro e firma)

A cura dell'A.S.L. di residenza dell'assistito

A.S.L. n.

Prot. n.

Vista la prescrizione si autorizza:

la fornitura/riparazione secondo preventivo per l'importo complessivo di L.

pari a E

la fornitura attraverso comodato d'uso

Data

Il Responsabile Distretto AST

(timbro e firma)

Dichiaro di avere consegnato il dispositivo e i suoi eventuali aggiuntivi come da preventivo

Data

Istituto Scientifico di Veruno

VE - NEUROLOGIA RIABILITATIVA -
REPARTO
Dr. Marco MACULOTTI
Dirigente Responsabile

Via per Revislate, 13 - 28013 Gattico-
Veruno (NO)
E-mail: marco.maculotti@icsmaugeri.it
Tel. 0322 884711

Veruno, lì 04/02/2026

Dimettiamo in data 04/02/2026 il/la signor/a **ZONCA MIRKO ANGELO (M)**, nato/a il 12/08/1967, degente presso la nostra Divisione dal giorno 23/12/2025

DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE

Recidiva di stroke ischemico in sede periventricolare sinistra, pregressa lesione nucleo-capsulare sn e della porzione anteriore del centro semiovale dx

INQUADRAMENTO CLINICO ALL'INGRESSO

ANAMNESI - ESAME OBIETTIVO

Anamnesi Fisiologica:

Coniugato.

Appartamento su due piani. No Invalidità civile.

Occupato (ex tatuatore, ora addetto squadra antincendio del soccorso autostradale).

Nega allergie.

Alvo regolare.

Alcol pressochè nullo.

Abitudine tabagica: nell'ultimo mese circa un pacchetto di tabacco al giorno, prima un pacchetto ogni 3 giorni.

Non intolleranze alimentari.

Nicturia 1 volta per notte.

Apporto idrico 1.5+ L al giorno.

Anamnesi patologica remota:

Ipertensione arteriosa.

Nel 2001 paralisi periferica VII NC sin.

MRGE + ernia jatale (EGDS 2002).

Nel 2014 episodio ictale (frontale + nucleo-capsulare sinistre) risolto con restitutio ad integrum.

Già allora riscontro di dislipidemia con avvio statina e integrazione con B12 e folati per aumento del MCV, avviato inoltre antiaggregante.

Si segnala compliance scarsa all'assunzione cronica di terapie con tendenza a non effettuare controlli. Sospesa autonomamente la terapia antiaggregante circa un mese prima dell'evento.

Anamnesi patologica prossima:

13/12 all'una di notte: durante il turno di lavoro comparsa di ipostenia arto inferiore destro, successivamente anche comparsa di ipostenia dell'arto superiore destro. Riconoscendo i sintomi, il pz ha prontamente allertato i soccorsi ed è stato condotto in PS.

All'ingresso in DEA riscontro di valori pressori elevati (boli di urapidil + bromazepam), ECG in RS, sottoposto a TC e angio-TC: non iperdensità ematiche nè ipodensità di significato ischemico recente, rilevabili solamente gli esiti dell'evento pregresso.

Effettuata trombolisi ev, poi disposto ricovero in Neurologia c/o H di Borgomanero.

Durante la degenza:

- potenziata la terapia antipertensiva domiciliare;
- riavviata statina per riscontro di dislipidemia (LDL 200 mg/dl);
- prima positività per anticorpi antifosfolipidi, da ripetere tra 12 settimane;
- ipovitaminosi D;
- controllo TC encefalo negativo, perciò sottoposto a RM > alterato segnale periventricolare sinistro con minima estrinsecazione al talamo. Focale gliosi da danno anossico aspecifico.
- holterECG: RS per tutta la durata.

In data 23/12 trasferito, su indicazione fisiatrica, c/o il nostro Istituto per avvio del percorso riabilitativo in regime di ricovero.

Esame obiettivo:

Vigile, collaborante, orientato STP, eloquio fluente. Capo e collo in asse, lingua deviata verso destra umida. Non deficit dei NC nè riferiti deficit visivi. Sensibilità indenne. Al torace toni validi ritmici normofrequenti, MV presente diffusamente su tutti i campi senza rumori aggiunti. Addome globoso per adipe, peristalsi torbida, non dolenzia nè dolorabilità, fegato non palpabile. Circolo in compenso. ROT rotulei presenti, finemente più vivace a sinistra, RCP a sinistra, dubbio a destra. Mingazzini I mantenuto senza pronazione o slivellamento, Mingazzini II sottoslivellamento a destra. Prove di coordinazione imprecise sia agli AASS, sia agli AAIL. Manualità fine intatta.

Anamnesi farmacologica:

Al domicilio sospesi antiaggregante e statina, assumeva in maniera poco regolare olmesartan.

DECORSO CLINICO

Il decorso è stato regolare, senza complicanze infettive o di altra natura che abbiano interrotto lo svolgimento delle sedute fisioterapiche e del programma riabilitativo in toto.

Si segnala tuttavia che per tendenza all'ipotensione e buon controllo dei valori, è stata ridotta la terapia antipertensiva, attualmente alla sola amlodipina serale.

Per riscontro di varie carenze vitaminiche è stata avviata specifica supplementazione (vedi esami ematici).

CONDIZIONI DELLA PAZIENTE ALLA DIMISSIONE:

Paziente in buone condizioni generali. Vigile, lucido, collaborante, ideopercezione adeguata ad età e cultura. Linguaggio nella norma. Non disfagia. Eupnoico in aria ambiente, in stabile compenso cardio-circolatorio, si alimenta con appetito e riposa la notte.

Dal punto di vista neuromotorio si apprezza autonomia nell'espletamento delle comuni mansioni di vita quotidiana, ma permangono difficoltà che possono ancora limitare la attività lavorativa.

VALUTAZIONE FISIOTERAPICA FINALE - 03/02/2026

Il paziente viene valutato in palestra, si presenta vigile, collaborante, orientato spazio-tempo. Rotolamenti a letto eseguiti senza l'aiuto degli arti superiori. Mantiene la posizione seduta con buon controllo del tronco; è in grado di mantenere la stazione eretta con buon controllo. P.P. supino-seduto: autonomo senza l'uso degli arti superiori; P.P. seduto-supino: effettuato senza l'uso degli arti superiori; Sit-to-stand: eseguito autonomamente senza l'uso degli arti superiori. Non necessita di aiuto per il pasto; non ha bisogno di aiuto per vestirsi; igiene in bagno autonoma. Il paziente utilizza un peromed per facilitare il controllo del piede durante la deambulazione. Permangono, in stazione eretta, problemi nel mantenimento del carico monopodalico, e la capacità di aumentare la velocità della deambulazione fino all'impossibilità di effettuare piccole corsette. Si evidenziano anche problemi d'equilibrio quando si effettua la deambulazione a base d'appoggio molto stretta. Si evidenziano inoltre problemi di controllo nell'estensione del ginocchio in fase di appoggio dell'arto inferiore paretico e difficoltà di controllo della mano in massima estensione del gomito.

Trunk Control Test: 100/100 Girarsi nel letto sul lato malato: 25 Girarsi nel letto sul lato sano: 25 Passaggio supino-seduto: 25 Equilibrio da seduto: 25

FIM (Functional Independence Measure): sottopunteggio motorio (13-91) = 88 sottopunteggio cognitivo (5-35) = 35 punteggio totale (18-126) = 123 Totale

Barthel (IJNN 2015, range 0-100)=100

Timed Up & Go Test: Esegue il TUG Test in 07:11 s senza ausili. Il risultato del TUG indica che il paziente presenta basso rischio di caduta.

MiniBESTest (0-28): 26/28-Controllo posturale anticipatorio: 5/6-Controllo posturale reattivo: 6/6-Orientamento sensoriale: 6/6-Cammino: 9/10

Motricity Index: Arto superiore destro: 100/100-Presa a pinza: 33-Flessione di gomito: 33-Abduzione di spalla: 33

Arto superiore sinistro: 100/100-Presa a pinza: 33-Flessione di gomito: 33-Abduzione di spalla: 33

Arto inferiore destro: 76/100-Dorsiflessione di caviglia: 25 -Estensione di ginocchio: 25-Flessione di anca: 25

Arto inferiore sinistro: 100/100-Dorsiflessione di caviglia: 33-Estensione di ginocchio: 33-Flessione di anca: 33

Il paziente deambula autonomamente senza ausili per tragitti superiori a 100 metri in buona sicurezza. Fa le scale anche senza appoggio, ma con incertezza nella discesa. 10 m Walking Test (eseguito senza ausili su 10 metri effettivi) : velocità media: 1,44 m/s; cadenza: 115 passi/min., lunghezza passo: 75 cm. Nine Hole PEG Test: (lato dominante o sano: sinistro) Arto destro: 28:21 s (0,32 pioli/s) Arto sinistro: 21:08 s (0,43 pioli/s) indice di simmetria: 0,75

PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE ESEGUITE

1 - programma riabilitativo neuromotorio

- mobilizzazione dell'emisoma paretico per prevenire danni terziari
- rieducazione al controllo del tronco in posizione assisa
- ripresa dell'attività motoria nei passaggi posturali
- stimolazione neuromuscolare per migliorare la motricità dell'emisoma paretico
- esercizi per l'equilibrio statico e dinamico in posizione eretta e durante la deambulazione
- rieducazione alla deambulazione

- sedute di terapia occupazionale

2- esami e valutazioni eseguite durante la degenza:

- Esami bioumorali

-ECG

-TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO - 24/12/2025 09:27 - dott. Sacco Mariano (...) Non si apprezzano iperdensità di natura ematica in sede intra ed extra-assiale. In fossa cranica posteriore non si rilevano alterazioni tomodensitometriche focali del parenchima cerebrale a genesi vascolare. In sede sovratentoriale si rileva piccolo esito ipodenso in sede nucleo-capsulare sn e più cranialmente focale tenue ipodensità, di natura ischemica recente, in sede periventricolare e nella corona radiata. Una piccola focale ipodensità si rileva anche a destra in corrispondenza della porzione anteriore del centro semiovale. Sono regolarmente in asse le strutture anatomiche del piano sagittale mediano. Il sistema ventricolare conserva regolare morfologia e dimensioni.

- VALUTAZIONE FISIOTERAPICA INIZIALE - 23/12/2025

Il paziente viene valutato in camera di degenza, si presenta vigile, collaborante, orientato spazio-tempo.

Rotolamenti a letto eseguiti senza l'aiuto degli arti superiori. Mantiene la posizione seduta con buon controllo del tronco; è in grado di mantenere la stazione eretta con buon controllo. P.P. supino-seduto: autonomo senza l'uso degli arti superiori; P.P. seduto-supino: effettuato senza l'uso degli arti superiori; Sit-to-stand: eseguito autonomamente senza l'uso degli arti superiori. Non necessita di aiuto per il pasto; non ha bisogno di aiuto per vestirsi; igiene in bagno autonoma. Paziente autonomo, riferisce lieve difficoltà in massima abduzione o flessione dell'arto superiore. Deambula autonomamente con andatura lievemente falcianti ed appoggio del piede in lieve supinazione con iperestensione di ginocchio in fase d'appoggio, ciò comporta lievi disequilibri durante la deambulazione. Per evitare di utilizzare tutti questi compensi gli viene assegnato un deambulatore a quattro ruote e gli viene richiesto maggiore controllo durante la deambulazione.

Trunk Control Test: 100/100

Girarsi nel letto sul lato malato: 25 - Girarsi nel letto sul lato sano: 25 - Passaggio supino-seduto: 25 - Equilibrio da seduto: 25

FIM (Functional Independence Measure): sottopunteggio motorio (13-91) = 81 - sottopunteggio cognitivo (5-35) = 35 - punteggio totale (18-126) = 116

Totale Barthel (IJNN 2015, range 0-100)=90

Timed Up & Go Test:

Esegue il TUG Test in 10:31 s senza ausili. Il risultato del TUG indica che il paziente presenta basso rischio di caduta. - Impossibile eseguire il MiniBESTest (per motivi organizzativi)

Motricity Index:

Arto superiore destro: 84/100 - Presa a pinza: 33 - Flessione di gomito: 25 - Abduzione di spalla: 25

Arto superiore sinistro: 100/100: - Presa a pinza: 33 - Flessione di gomito: 33 - Abduzione di spalla: 33

Arto inferiore destro: 76/100: - Dorsiflessione di caviglia: 25 - Estensione di ginocchio: 25 - Flessione di anca: 25

Arto inferiore sinistro: 100/100: - Dorsiflessione di caviglia: 33 - Estensione di ginocchio: 33 - Flessione di anca: 33

Il paziente deambula autonomamente senza ausili per tragitti inferiori a 15 metri presentando qualche instabilità. Fa le scale con appoggio al corrimano e lieve assistenza.

10 m Walking Test (eseguito senza ausili su 10 metri effettivi) : velocità media: 0,86 m/s; cadenza: 83 passi/min., lunghezza passo: 62,5 cm.

- VALUTAZIONE FISIOTERAPICA INTERMEDIA:

Il paziente viene valutato in palestra, si presenta vigile, collaborante, orientato spazio-tempo. Rotolamenti a letto eseguiti senza l'aiuto degli arti superiori. Mantiene la posizione seduta con buon controllo del tronco; è in grado di mantenere la stazione eretta con buon controllo. P.P. supino-seduto: autonomo senza l'uso degli arti superiori; P.P. seduto-supino: effettuato senza l'uso degli arti superiori; Sit-to-stand: eseguito autonomamente senza l'uso degli arti superiori. Non necessita di aiuto per il pasto; non ha bisogno di aiuto per vestirsi; igiene in bagno autonoma. Permane lieve ipostenia dell'arto superiore destro e cammino con lieve supinazione del piede.

Trunk Control Test: 100/100 Girarsi nel letto sul lato malato: 25 Girarsi nel letto sul lato sano: 25 Passaggio supino-seduto: 25 Equilibrio da seduto: 25

FIM (Functional Independence Measure): sottopunteggio motorio (13-91) = 88 sottopunteggio cognitivo (5-35) = 35 punteggio totale (18-126) = 123

MiniBESTest (0-28): 27/28-Controllo posturale anticipatorio: 5/6-Controllo posturale reattivo: 6/6-Orientamento sensoriale: 6/6-Cammino: 10/10

Timed Up & Go Test:

Esegue il TUG Test in 08:88 s senza ausili. Il risultato del TUG indica che il paziente presenta basso rischio di caduta.

Motricity Index:

Arto superiore destro: 100/100-Presa a pinza: 33-Flessione di gomito: 33-Abduzione di spalla: 33

Arto superiore sinistro: 100/100-Presa a pinza: 33-Flessione di gomito: 33-Abduzione di spalla: 33

Arto inferiore destro: 76/100-Dorsiflessione di caviglia: 25-Estensione di ginocchio: 25-Flessione di anca: 25

Arto inferiore sinistro: 100/100-Dorsiflessione di caviglia: 33-Estensione di ginocchio: 33-Flessione di anca: 33

Il paziente deambula autonomamente senza ausili per tragitti superiori a 100 metri in buona sicurezza. Fa le scale con appoggio al corrimano.

10 m Walking Test (eseguito senza ausili su 10 metri effettivi) : velocità media: 1,28 m/s; cadenza: 108 passi/min., lunghezza passo: 71,4 cm. Nine Hole PEG Test: (lato dominante o sano: sinistro) Arto destro: 30:78 s (0,29 pioli/s) Arto sinistro: 21:36 s (0,42 pioli/s) indice di simmetria: 0,69.

Valutazione fisioterapia - 03/02/2026 VALUTAZIONE FISIOTERAPICA FINALE:

Il paziente viene valutato in palestra, si presenta vigile, collaborante, orientato spazio-tempo. Rotolamenti a letto eseguiti senza l'aiuto degli arti superiori.

Mantiene la posizione seduta con buon controllo del tronco; è in grado di mantenere la stazione eretta con buon controllo.

P.P. supino-seduto: autonomo senza l'uso degli arti superiori; P.P. seduto-supino: effettuato senza l'uso degli arti superiori; Sit-to-stand: eseguito autonomamente senza l'uso degli arti superiori.

Non necessita di aiuto per il pasto; non ha bisogno di aiuto per vestirsi; igiene in bagno autonoma. Il paziente utilizza un peromed per facilitare il controllo del piede durante la deambulazione. Permangono, in stazione eretta, problemi nel mantenimento del carico monopodalico, e la capacità di aumentare la velocità della deambulazione fino all'impossibilità di effettuare piccole corsette. Si evidenziano anche problemi d'equilibrio quando si effettua la deambulazione a base d'appoggio molto stretta. Si evidenziano inoltre problemi di controllo nell'estensione del ginocchio in fase di appoggio dell'arto inferiore paretico e difficoltà di controllo della mano in massima estensione del gomito.

Trunk Control Test: 100/100

Girarsi nel letto sul lato malato: 25

Girarsi nel letto sul lato sano: 25

Passaggio supino-seduto: 25

Equilibrio da seduto: 25

FIM (Functional Independence Measure):

sottopunteggio motorio (13-91) = 88

sottopunteggio cognitivo (5-35) = 35

punteggio totale (18-126) = 123

Totale Barthel (IJNN 2015, range 0-100)=100

Timed Up & Go Test:

Esegue il TUG Test in 07:11 s senza ausili.

Il risultato del TUG indica che il paziente presenta basso rischio di caduta.

MiniBESTest (0-28): 26/28

-Controllo posturale anticipatorio: 5/6

-Controllo posturale reattivo: 6/6

-Orientamento sensoriale: 6/6

-Cammino: 9/10

Motricity Index:

Arto superiore destro: 100/100

-Presca a pinza: 33

-Flessione di gomito: 33

-Abduzione di spalla: 33

Arto superiore sinistro: 100/100

-Presca a pinza: 33

-Flessione di gomito: 33

-Abduzione di spalla: 33

Arto inferiore destro: 76/100

-Dorsiflessione di caviglia: 25

-Estensione di ginocchio: 25

-Flessione di anca: 25

Arto inferiore sinistro: 100/100

- Dorsiflessione di caviglia: 33
- Estensione di ginocchio: 33
- Flessione di anca: 33

Il paziente deambula autonomamente senza ausili per tragitti superiori a 100 metri in buona sicurezza. Fa le scale anche senza appoggio, ma con incertezza nella discesa.

10 m Walking Test (eseguito senza ausili su 10 metri effettivi) : velocità media: 1,44 m/s; cadenza: 115 passi/min., lunghezza passo: 75 cm.

Nine Hole PEG Test: (lato dominante o sano: sinistro)

Arto destro: 28:21 s (0,32 pioli/s)

Arto sinistro: 21:08 s (0,43 pioli/s) indice di simmetria: 0,75...

REAZIONI AVVERSE/ALLERGIE/INTOLLERANZE

Nessuna allergia riferita

TERAPIA FARMACOLOGICA ALLA DIMISSIONE (in esito alla riconciliazione)

- Olmesartan medoxomil*cpr riv*20mg - 1 cpr ogni giorno alle ore 12:00 SOLO SE PA > 135/85 mmHg,
- Amlodipina*cpr div*5mg - 1 cpr ogni giorno alle ore 20:00 - Note: Ragioni cliniche,
- Ezetimibe*cpr*10mg - 1 cpr ogni giorno alle ore 22:00,
- Acido acetilsalicilico*cpr gastrores*100mg - 1 cpr ogni giorno alle ore 12:00,
- Colecalciferolo*gocce orali sol*100.000ui/10ml - 30 gtt ogni settimana a pranzo il martedì,
- Acido folico 400 mcg - 1 cpr ogni giorno alle ore 12:00,
- Pantoprazolo*cpr gastrores*20mg - 1 cpr ogni giorno alle ore 08:00,
- Atorvastatina*cpr riv*40mg - 1 cpr ogni giorno alle ore 22:00

PRESCRIZIONI ALLA DIMISSIONE E FOLLOW-UP

Regolare monitoraggio dei valori di pressione arteriosa al domicilio per eventuale incremento della terapia in corso.

Come da indicazioni dei colleghi dell'Ospedale per acuti deve essere eseguito controllo anticorpi antifosfolipidi, da ripetere tra 1 mese

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE

Esiti di recidiva di stroke ischemico periventricolare e talamo sinistro trattato con trombolisi ev in paziente con pregressa lesione nucleo-capsulare sn e della porzione anteriore del centro semiovale dx Ipertensione arteriosa. Dislipidemia. Fumo attivo.

Il Medico Responsabile della Dimissione

Dr. MARCO MACULOTTI



Azienda Sanitaria Locale "NO"- NOVARA

1

Presidio Ospedaliero di Borgomanero
V.le Zoppis, 10 - 28021 Borgomanero

Episodio nr.: A2026025916
del: 12/02/2026

S.S.D. Recupero e Rieducazione Funzionale
Responsabile Dott.ssa Fabrizia FUSILLI

Al Medico curante del/la Sig./Sig.ra

Cognome e Nome: ZONCA MIRKO ANGELO
Comune di Nascita: ARONA
Comune di Residenza: MEINA
Indirizzo: VIA MAZZINI 22
Medico Curante: QUATTRUCCI FRANCESCA

Sesso: Maschio
Data di Nascita: 12/08/1967
Codice Fiscale: ZNCMKN67M12A429Q
N.Tel: 3400023460

Prestazioni Erogate:

VISITA FIS. CONTROLLO,

Controllo dopo 10 sedute di fkt
Benessere soggettivo

EO: Pz vigile, orientato, collaborante, eloquio consono al contesto. NNcc indenni.

AASS: Mingazzini I ben tenuto e accenno alla pronazione a dx, discreta motilità fine mano dx. Lieve ipertono spastico e lieve ipostenia prossimale spalla dx (5-/5).

AAII: Mingazzini II ben tenuto netto miglioramento del deficit di DF-PF (4+/5), non ipertono.

Passaggi di postura autonomi con normale controllo di tronco. Si verticalizza autonomamente e mantiene la stazione eretta senza appoggi.

Cammina in autonomia con schema solo sfumatamente emiparetico e maggior controllo del ginocchio

Conclusioni Diagnostiche

34210 - Emiplegia spastica ed emiparesi a sede emisferica non specificata

Codice Disabilità: 2

Termina ciclo di fkt con discreto recupero funzionale
proseguire al domicilio con gli esercizi appresi costantemente

Presidio Ospedaliero di Borgomanero

16/03/2026

Recupero e Rieducazione Funzionale Area Nord

Dr.ssa Brigatti Elisa





Azienda Sanitaria Locale "NO" - NOVARA

Presidio Ospedaliero di Borgomanero
V.le Zoppis, 10 - 28021 Borgomanero

S.S.D. Recupero e Rieducazione Funzionale
Responsabile Dott.ssa Fabrizia FUSILLI

Episodio nr.: A2026025916
del: 12/02/2026

Al Medico curante del/la Sig./Sig.ra

Cognome e Nome: ZONCA MIRKO ANGELO

Sesso: Maschio

Comune di Nascita: ARONA

Data di Nascita: 12/08/1967

Comune di Residenza: MEINA

Codice Fiscale: ZNCMKN67M12A429Q

Indirizzo: VIA MAZZINI 22

N.Tel: 3400023460

Medico Curante: QUATTRUCCI FRANCESCA

Prestazioni Erogate:

VISITA FISIATRICA,

Paziente dimesso da Istituto maugeri di veruno in data 04/02/26 dove era ricoverato dal 23/12/25 per recidiva di stroke ischemico periventricolare e talamo sinistro trattato con trombolisi e.v. in pz con pregressa lesione nucleo-capsulare sin e della porzione anteriore del centro semiovale dx

APR: esiti ictus emisferico sinistro 2014. - dislipidemia - ia in tp

In data 13/12/25 accesso in DEA per improvvisa debolezza all'AI destro. Eseguiti accertamenti e eseguita fibrinolisi. Ricoverato in Neurologia per gli accertamenti del caso.

Il 15/12 eseguita RM encefalo: "...A livello della sostanza bianca propisciente l'atrio del ventricolo laterale dal lato di sinistra con minima estrinsecazione al talamo posteriormente è possibile apprezzare un' area di alterato segnale iperintensa nella sequenza eseguita con tecnica di diffusione espressione di lesione ischemica in una fase acuta....".

EO: Pz vigile, orientato, collaborante, eloquio consono al contesto. NNec indenni.

AASS: oscillazioni al Mingazzini I e accenno alla pronazione a dx, discreta motilità fine mano dx. Lieve ipertono spastico e lieve ipostenia prossimale spalla dx (4/5).

AAII: oscillazioni a dx al mingazzini II. Deficit di DF-PF (3+/5), non ipertono.

Passaggi di postura autonomi con normale controllo di tronco. Si verticalizza autonomamente e mantiene la stazione eretta senza appoggi.

Cammina in autonomia con schema emiparetico ed in particolare con iperestesione di ginocchio e piede in atteggiamento equino varo supinato

Il paziente vive con la moglie e la figlia presso il proprio domicilio in abitazione con scale con corrimano. Autonomo prima dell'evento traumatico.

Prescritto Peromed TT dx che il paziente ancora non possiede

Conclusioni Diagnostiche

34210 - Emiplegia spastica ed emiparesi a sede emisferica non specificata

Codice Disabilità: 2

Progetto Riabilitativo: Prestazioni

1: VISITA FIS. CONTROLLO FINE CICLO

10: RIED. FUNZ. DISAB.MAG -- esercizi neuromotori emisoma dx - training cammino

