

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA**GENERALITA' DELL'ASSISTITO**

Cognome	Montella	Nome	Pierluigi
Data di nascita	21-03-1996	Codice Fiscale	MNTPLG96C21L259Q
Comune Residenza	Torre del Greco	Provincia	NA
Indirizzo	Beato Vincenzo Romano 29	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	
Data ammissione	20-11-2023	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE

Esiti di Paralisi Cerebrale Infantile

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA**ANAMNESI FAMILIARE****ANAMNESI FISIOLOGICA:**Nato prematuro (7 mesi)**ANAMNESI REMOTA:**

Intervento per perforazione gastrica poche ore dopo la nascita

Intervento per lussazione bilaterale anca 2002

Intervento alluce valgo bilaterale 2003

Intervento di allungamento tendine D'Achille e tendine Flessori

Intervento per scoliosi nel 2013, con successiva rimozione (2018) dell'impianto per rigetto

ANAMNESI PROSSIMA

Scialorrea

Episodi di disfagia (solidi)

Farmaci:

Baclofen compresse

Gardenale compresse

Matever compresse

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, 20-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	Montella	Nome	Pierluigi
Data di nascita	21-03-1996	Cartella Clinica n.	

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Tetraparesi spastica da PCI
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	04
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	04 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:	5
6. prognosi (tabella D)	Scala:	5

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare compliance respiratoria
Ridurre ipertono spastico

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

Tipologia Trattamento:	RNM e FKT respiratoria
Frequenza:	5/7
Durata:	150

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data		Responsabile del progetto	
------	--	------------------------------	--

Torre del Greco, 20-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	Montella	Nome	Pierluigi
Data di nascita	21-03-1996	Cartella Clinica n.	

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 non deambulante con ipertono spastico e riduzione del ROM

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Ridurre ipertono
Migliorare la compliance respiratoria

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Ginnastica respiratoria

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, 20-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	Montella	Nome	Pierluigi
Data di nascita	21-03-1996	Cartella Clinica n.	

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente affetto da tetraparesi spastica da esiti di PCI, vigile, scarsamente collaborante, comunica con poche parole e gesti; aumentato il tono muscolare con componente spastica, ridotto il trofismo e la forza muscolare, ridotto il ROM dei 4 arti; descritte difficoltà nella deglutizione (solidi); non deambulante, controllo del capo presente, prensione possibile con la mano sinistra, mano destra atteggiata ad artiglio e in flessione di polso.

Torre del Greco, 20-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	Montella	Nome	Pierluigi
Data di nascita	21-03-1996	Cartella Clinica n.	

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

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 per l'avvio del Protocollo Riabilitativo.

Torre del Greco, 20-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	Montella	Nome	Pierluigi	
Data di nascita	21-03-1996	Cartella Clinica n.		

MOTRICITY INDEX

Arto superiore destro	Punteggio						
	Pres 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: 57 /100							

Arto superiore sinistro	Punteggio						
	Pres 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: 60 /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: 57 /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: 63 /100							

Torre del Greco, 20-11-2023

PAZIENTE:

Cognome	Montella	Nome	Pierluigi
Data di nascita	21-03-1996	Cartella Clinica n.	

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)	5

Torre del Greco, 20-11-2023

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	17-01-2024
--------------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	MONTELLA	Nome	PIERLUIGI
Data di nascita	21-03-1996 (28 anni)	Cartella Clinica n.	7783
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	diplomato

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
Invalidità civile	SI	100%
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma	Art 3 comma 3	
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza	5/6 Fisioterapia	
Trattamento riabilitativo:	Privato	Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI	% NO
Se si, indicare quali?		

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Iovine	Nome	Anna
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3476512693
Condizione professionale	casalinga		
2)Cognome	Montella	Nome	Ciro
Comune di residenza		Telefono	
Condizione professionale	E' deceduto 12 anni fa.		
N° componenti del nucleo familiare	2		
Composto da	utente e madre		
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: abitano fuori Regione 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, oss (3 volte a settimana) Riabilitazione privata (ASL) 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?	oratorio chiesa "Basilica Santa Croce" Centro polifunzionale San Giuseppe (in passato) Associazione Comitato disabili torresi
Partecipa ad attività associative?	SI NO
Elencare quali?	Centro diurno
Quali ausili/presidi utilizza in e fuori casa?	montascale mobile sedia a rotelle pannolini altro (specificare)

Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione Rendita Pensione di reversibilità (padre) Altro (specificare) RDC sospeso
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	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?	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 Congedo straordinario Orientamento Permessi per assistenza (zia materna) 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 Orientamento Bonus sociali utenze: Tari Disability card: sta provvedendo ad attivarla 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) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo Sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico 5/ settimana.

Osservazioni nel colloquio

Rete sociale presente.

Torre del Greco, 17-01-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Paone Mariagrazia