

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

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

Il piccolo paziente di 8 anni, si presenta socievole e collaborante, disponibile al dialogo con l'esaminatore. Presenta diagnosi di Malattia di Charcot Marie Tooth di lieve gravità, frequenta la terza elementare senza sostegno.

Riferita pigrizia nei movimenti e goffaggine nello svolgimento delle attività motorie.

Migliorato nell'equilibrio (diminuite notevolmente le cadute), presenta difficoltà nella flessione del piede destro.

Adeguate dal punto di vista comportamentale, cognitivo e comunicativo- linguistico.

Ben inserito nel contesto dei pari.

Riferisce di svolgere attività sportiva (pallavolo) e di dover iniziare il nuoto.

Ben assistito dai genitori che si presentano attenti a tutte le cure necessarie.

Si effettua colloquio psicologico.

Torre del Greco,17-10-2023

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Charcot Marie-Tooth
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):	b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Miglioramento delle autonomie	
-------------------------------	--

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	25-03-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,25-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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 S.di Charcot Marie Tooth tipo IA; difficoltà nei passaggi posturali e nell'equilibrio

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare equilibrio e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Esercizi di 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,25-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato; affetto da Sindrome di Charcot Marie Tooth; ridotto il trofismo muscolare; piedi atteggiati in equino; buono il ROM articolare; difficoltà nei passaggi posturali punta-tallone; deambulazione possibile con lievi difficoltà; descritte facile stancabilità muscolare e difficoltà nella corsa e nella coordinazione motoria.

Torre del Greco, 25-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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, 25-03-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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# S. di Carcot Marie Tooth IA		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	S. di Carcot Marie Tooth IA		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	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,25-03-2024

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	10-10-2024
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015 (9 anni)	Cartella Clinica n.	7539
Luogo	MASSA DI SOMMA		
Comune di residenza	ERCOLANO	Grado di istruzione	IV elementare

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	No
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza	2/7 FKT
Trattamento riabilitativo:	Privato Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI NO
Se sì, indicare quali?	sorella, in carico presso il centro

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Durante	Nome	Anna
Rapporto di parentela		madre	
Comune di residenza	Ercolano	Telefono	3382805222
Condizione professionale		casalinga	
2)Cognome	Incoronato (padre)	Nome	Giuseppe
Comune di residenza	Ercolano	Telefono	
Condizione professionale		operaio	
N° componenti del nucleo familiare		5	
Composto da		utente, genitori, fratello 18 mesi, sorella 6 anni	
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?	Nuoto
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) Carta acquisti
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?	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

Christian è sottoposto a trattamento riabilitativo fisioterapico bisettimanale.

In data odierna si effettua colloquio con la madre del bambino, la quale riferisce autonomie personali non in linea per età.

Buona la spinta sociale.

Presente la rete familiare
Torre del Greco,10-10-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	S. di Charcot Marie tooth
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):	b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d450.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

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

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:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	14-10-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,14-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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 Sindrome di Charcot Marie Tooth; difficoltà di equilibrio e passaggi posturali

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare forza
Migliorare equilibrio
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,14-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Sindrome di Charcot Marie Tooth; ridotto trofismo muscolare, buono il ROM articolare, piedi atteggiati in equino; difficoltà nei passaggi posturali, nei passaggi punta-tallone e nell'equilibrio; ridotta tolleranza allo sforzo.

Torre del Greco,14-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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,14-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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# Charcot Marie Tooth		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Charcot Marie Tooth		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	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,14-10-2024

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Sindrome di Charcot Marie-Tooth
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):	b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali 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	03-04-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,03-04-2025

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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 Sindrome di Charcot Marie-Tooth; difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare passaggi posturali e deambulazione

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esecuzione di passaggi posturali e 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,03-04-2025

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio; affetto da Sindrome di Charcot Marie Tooth; ridotto trofismo muscolare, buono il ROM articolare, piedi atteggiati in equino; difficoltà nei passaggi posturali, nei passaggi punta-tallone e nell'equilibrio; ridotta tolleranza allo sforzo.

Torre del Greco,03-04-2025

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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

Data: 3 Aprile 2025

Partecipanti al colloquio: Signor Incoronato, minore Incoronato Christian

Terapie in atto:

- Rieducazione neuromotoria (RNM) – 2 volte a settimana

Osservazioni emerse

Incoronato Christian, 10 anni, con diagnosi di Sindrome di Charcot-Marie-Tooth.

Durante il colloquio, il minore si è mostrato sereno, collaborativo e ben predisposto al dialogo. Ha risposto positivamente agli stimoli forniti, riuscendo a ricostruire la propria routine quotidiana e le relazioni significative con il supporto degli adulti.

Contesto scolastico

Christian frequenta il quinto anno della scuola primaria.

Il padre riferisce un ottimo rapporto con la rete scolastica, descrivendo un ambiente favorevole e supportivo, in grado di promuovere le competenze educative e scolastiche del bambino.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto da madre, padre, una sorella (anche paziente del centro), un fratello e Christian.

La famiglia si sostiene economicamente grazie al reddito del padre, impiegato in un'impresa di pulizia presso il cimitero di Ercolano, e all'indennità di frequenza percepita per i figli.

Il padre descrive un contesto familiare sereno, con una rete stabile e presente, capace di fornire supporto in caso di necessità.

Torre del Greco,03-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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,03-04-2025

PAZIENTE:

Cognome	INCORONATO	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-05-2015	Cartella Clinica n.	7539

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# Sindrome di Charcot Marie Tooth		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Sindrome di Charcot Marie Tooth		

**INFORMAZIONE SUGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI RAGGIUNTI AL TERMINE DEL TRATTAMENTO E SULL'EVENTUALE
NECESSITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Osservazione finale di dimissione:			
OBIETTIVI:	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,03-04-2025