

## 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)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): | 04<br>b730.3                |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>Cos. (ICF)   | III; IV; V; VI<br>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<br>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<br>progetto<br>riabilitativo |  | Responsabile del<br>programma<br>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 terapeuta 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        |   |    |    |    |    |    |
|   | Presa 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        |   |    |    |    |    |    |
|   | Presa 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<br>0=incapace<br>5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo<br>10=indipendente  | 0 5 10    |
| Fare il bagno<br>0=dipendente<br>5=indipendente  | 0 5       |
| Igiene personale<br>0=necessita di aiuto<br>5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)   | 0 5       |
| Vestirsi<br>0=dipendente<br>5=necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole<br>10=indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni  | 0 5 10    |
| Controllo del retto<br>0=incontinente<br>5=occasionali incidenti o necessita di aiuto<br>10=continente   | 0 5 10    |
| Controllo della vescica<br>0=incontinente<br>5=occasionali incidenti o necessità di aiuto<br>10=continente   | 0 5 10    |
| Trasferimenti nel bagno<br>0=dipendente<br>5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica<br>10=indipendente con l'uso del bagno o della padella                            | 0 5 10    |
| Trasferimenti sedia/letto<br>0=incapace, no equilibrio da seduto<br>5=in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi<br>10=minima assistenza e supervisione<br>15=indipendente                 | 0 5 10 15 |
| Deambulazione<br>0=immobile<br>5= indipendente con la carrozzina per > 45 m<br>10=necessita di aiuto di una persona per >45m<br>15=indipendente per più di 45m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello | 0 5 10 15 |
| Salire le scale<br>0=incapace<br>5= necessita di aiuto o supervisione<br>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            |
| Invaliderà 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 sì, 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<br>Amici<br>Vicini<br>Persone appartenenti ad una associazione di volontariato<br>Nessuno  |
| La famiglia, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di: | Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune)<br>Servizi a pagamento, oss ( 3 volte a settimana)<br>Riabilitazione privata (ASL)<br>Nulla<br>Altro (specificare)                               |
| Rete sociale della famiglia:  | Rete sociale soddisfacente<br>Rete sociale sufficiente<br>Rete sociale insoddisfacente<br>Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie<br>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"<br><br>Centro polifunzionale San Giuseppe (in passato)<br><br>Associazione Comitato disabili torresi   |
| Partecipa ad attività associative?  | SI NO   |
| Elencare quali?   | Centro diurno   |
| Quali ausili/presidi utilizza in e fuori casa?  | montascale mobile<br>sedia a rotelle<br>pannoloni<br>altro (specificare)  |



## Situazione economica/assistenza e servizi

|  |   |
|--|---|
| Quali sono le fonti di reddito della famiglia?   | Reddito da lavoro<br>Pensione<br>Rendita<br>Pensione di reversibilità (padre)<br>Altro (specificare) RDC sospeso  |
| Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?   | Visite assistenza medico-sanitaria specialistica<br>Prestazioni riabilitative private<br>Medicinali<br>Ausili vari<br>Altri costi (specificare)   |
| La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito?   | Indennità di comunicazione<br>Indennità di frequenza<br>Assegno di cura<br>Indennità di accompagnamento<br>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<br>Congedo straordinario<br>Orientamento Permessi per assistenza (zia materna)<br>Contributi economici da parte di Enti Locali<br>Assegno di cura<br>Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche<br>Esenzione dal pagamento del bollo auto<br>Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo<br>Parcheggio riservato<br>Collocamento mirato<br>Orientamento Bonus sociali utenze: Tari<br>Disability card: sta provvedendo ad attivarla<br>Altro (specificare) |
| I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità  | Non ha avuto difficoltà<br>Difficoltà di accesso alle informazioni<br>Tempi lunghi per avere la diagnosi<br>Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico<br>Problemi economici<br>Problemi di inserimento nella società<br>Problemi nelle relazioni con amici e parenti<br>Problemi di conflittualità familiare<br>Solitudine<br>Altro (specificare)  |
| La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?  | 1) Nuovo inizio<br>2) Positivo<br>3) Negativo   |
| La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?  | 1) Nuovo inizio<br>2) Positivo<br>3) Negativo<br><br>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