

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

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Codice Fiscale	BNCGLI15H52F839M
Comune Residenza	ERCOLANO	Provincia	NA
Indirizzo	VILLANOVA 12	CAP	80056
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3383333984
Data ammissione	18-12-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE PARALISI OSTRETRICA

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA**ANAMNESI FAMILIARE****ANAMNESI FISIOLOGICA:****ANAMNESI REMOTA:**

Intervento plesso brachiale (2015)

Intervento fascio muscolo-nervoso (2018)

Tossina Botulinica (2020)

ANAMNESI PROSSIMA

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, 30-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Paralisi Ostetrica
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN02 Mielopatia (SCN/SCT)-paraplegia incompleta
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	14 b730.2
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d440.3
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Migliorare le autonomie	
-------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare movimenti fini

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	30-12-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 30-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

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 Paralisi Ostetrica; ridotto ROM e forza arto superiore destro

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare movimenti fini

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esercizi di prensione e propriocezione

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, 30-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

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

Paziente in condizioni cliniche stanzonarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da esiti di Paralisi Ostetrica; ridotto ROM arto superiore destro (spalla e gomito in particolar modo); difficoltà nella preensione e nei movimenti fini.

Torre del Greco, 30-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

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, 30-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA			
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955			

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: 54 /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: 99 /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: 99 /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: 99 /100

Torre del Greco, 30-12-2024

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Il giorno 2 Gennaio 2024 è stata svolta la visita di consulenza alla paziente Buonocore Giulia, di età 9 anni.

Giulia è affetta da paresi ostetrica al braccio destro; è stata ricoverata diverse volte al Gaslini ed a fine Febbraio avrà la visita di controllo.

La bambina non ha evidenti difficoltà, scrive con il braccio sinistro ed è autonoma nella quotidianità. Si mostra molto disponibile al colloquio ed è orientata nello spazio e nel tempo.

Ha svolto per sei anni fisioterapia all' Antoniano, ora a Gennaio inizierà presso il centro fisioterapia per 2 volte la settimana.

Porta tutore notturno per l' estensione del braccio da un anno.

Al momento svolge diverse attività, tra cui Ginnastica ritmica, piscina e corso di disegno.

Non presenta evidenti difficoltà scolastiche, autonoma nello studio e nell' apprendimento

Da un confronto con la bambina ed il papà, è emerso che questo sarà l' ultimo anno di ginnastica, essendo poi troppo sovraccaricata nella sua quotidianità, scegliendo di continuare il corso di disegno.

Torre del Greco, 02-01-2025

CASE MANAGER
dott.ssa
BIBIANI ERICA

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	10-04-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955
Luogo	NAPOLI		
Comune di residenza	ERCOLANO	Grado di istruzione	Primaria

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		
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza		
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	Cacace	Nome	Fabiana
Rapporto di parentela	Madre		
Comune di residenza	Ercolano	Telefono	3315371448
Condizione professionale	Casalinga		
2)Cognome			
Comune di residenza			
Condizione professionale			
N° componenti del nucleo familiare	3		
Composto da	Madre, padre, minore		
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?	ginnasti ritmica
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)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite e assistenza medico-sanitaria generica 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 terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco,10-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 10 Aprile 2025**Partecipanti al colloquio:** Signora Cacace Fabiana (madre), minore Buonocore Giulia**Terapie in atto:** Rieducazione Neuropsicomotoria (2 volte a settimana)**Osservazioni emerse**

Buonocore Giulia, 10 anni, con diagnosi di paralisi ostetrica.

La madre riferisce che, a causa di complicanze avvenute durante il parto, la bambina ha riportato una paralisi al braccio. Da quel momento è stato intrapreso un percorso terapeutico strutturato, composto da diversi interventi chirurgici e trattamenti riabilitativi, mirati a favorire una maggiore funzionalità dell'arto coinvolto e migliorare la qualità di vita.

Contesto scolastico

Giulia frequenta il quarto anno della scuola primaria.

L'ambiente scolastico è percepito dalla madre come positivo, accogliente e in grado di valorizzare le competenze della bambina, che risulta ben integrata all'interno del gruppo classe.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dai genitori e dalla bambina.

La famiglia si sostiene grazie all'attività lavorativa del padre, impegnato nell'impresa di famiglia.

La madre descrive un contesto domestico sereno, supportato da una rete familiare presente e affidabile.

Torre del Greco, 14-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Paralisi Cerebrale Infantile
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	SCN02 Mielopatia (SCN/SCT)-paraplegia incompleta
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	14 b730.1
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI d440.1.1
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	4

OUTCOME GLOBALE

Migliorare il reclutamento articolare	
---------------------------------------	--

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare movimenti fini

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	3/7
Durata:	180

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	30-05-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

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 esiti di Paralisi Cerebrale Infantile interessante l'arto superiore destro, e scoliosi dorso-lombare; difficoltà nei movimenti fini

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare movimenti fini

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Esercizi propriocettivi

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,30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da esiti di PCI, con interessamento dell'arto superiore destro, con ridotto ROM di gomito e spalla; ridotto trofismo muscolare, difficoltà di prensione e movimenti fini; presenza di scoliosi dorso-lombare.

Torre del Greco, 30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

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, 30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA			
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955			

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: 54 /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: 99 /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: 99 /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: 99 /100

Torre del Greco, 30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

SEZIONE 9 - DIMISSIONI
VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI
MOTIVO:

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CA08# Esiti di Paralisi Ostetrica		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Esiti di Paralisi Ostetrica		

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 (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 30-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

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

In data 10/06/25 la situazione è invariata in riferimento all'ultimo colloquio.

Torre del Greco, 10-06-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	BUONOCORE	Nome	GIULIA
Data di nascita	12-06-2015	Cartella Clinica n.	7955

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Al colloquio è presente Buonocore Giulia (10 anni) con paralisi al braccio avvenuta in sede di parto.

Inoltre, è presente la madre principale caregiver.

Si presentano curate nell'aspetto e nell'igiene personale. Buono il rapporto tra livello cognitivo ed emotivo. Nello specifico (rispetto alla madre) si evidenziano buone delle capacità genitoriali.

Buona la rete sociale e familiare.

Non si rilevano difficoltà psicologiche o disfunzionalità nelle dinamiche familiari.

Torre del Greco, 10-06-2025

CASE MANAGER
dott.
VISCIANO RAFFAELE