

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Camilla, quasi 6 anni, "paziente affetta da leucodistrofia, difficoltà nel controllo del capo e del tronco" è sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale e Log 2/6. Frequenta la scuola materna con ausilio di insegnante di sostegno. Camilla vive con i genitori e il fratellino di 4 anni. La famiglia può contare su una fitta rete familiare che le fornisce aiuto e supporto. Utilizza presidi per l'incontinenza e per la gestione della gastrostomia endoscopica percutanea (peg). Ad oggi l'alimentazione è prevalentemente semi-solida. Buona l'intenzionalità comunicativa. Si lamentano difficoltà relative soprattutto alla deglutizione dei liquidi. Assume farmaci antiepilettici e per il trattamento della scialorrea. Necessita di costante assistenza. Ritmo sonno-veglia regolare.

Torre del Greco, 08-08-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI



SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	08-08-2023
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	(6 anni) 11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Stato civile	istruzione: scuola materna	Comune di residenza	TORRE DEL GRECO
Condizione professionale	Ins. di sostegno + educatore	Telefono	3403735456
È seguito dal servizio sociale di		no	

L'utente e/o caregiver riferisce:

Assegno di cura	SI NO
Invalità civile	SI NO
Indennità di accompagnamento	SI NO
Legge 104/92 gravità Handicap	SI NO
Art. 3 comma 3	

Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Vitiello	Nome	Marco
Rapporto di parentela		padre (OSS)	
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3803881438
2)Cognome	Esposito	Nome	Eleonora
Rapporto di parentela		madre (Infermiera)	
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3403735456
3)Tutela		Amm. di sostegno Tutore Inabilità Interdizione	
Cognome e nome del tutore legale			
N° componenti del nucleo familiare		04	
Composto da		utente, genitori e fratello (4 a.)	

**Situazione abitativa:**

L'abitazione dove la persona risiede si trova	In centro (del comune) Fuori dal centro (periferia) È isolata
L'abitazione è adeguata alle esigenze della persona?	Sì, è una casa confortevole Sì, è appena sufficiente No, è insufficiente
L'utente utilizza in/e fuori casa i seguenti ausili/presidi:	Pannolini Sedia Peg Orientamento Comunicatore-Liar Letto ortopedico Altro (specificare)
A che titolo l'utente occupa l'abitazione?	Affitto Proprietà Comodato Altro titolo

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 fa ricorso o ha fatto ricorso in passato per la cura della persona disabile a servizi di assistenza domiciliare, da parte di personale incaricato dalla Asl o Comune?	Nessun servizio Ass. domiciliare solo sociale (pasti, pulizie, ecc...) Ass. domiciliare solo sanitaria Ass. domiciliare integrata (sanitaria e sociale) Altro (specificare)
Per quante ore in media alla settimana?	
La famiglia, per la cura della persona disabile, quali dei seguenti servizi a pagamento utilizza?	Nessun servizio Assistenza domiciliare sanitaria Badante che coabita con la famiglia Babysitter che non coabita Altro (specificare)



Situazione economica/assistenza e servizi

Quali sono le fonti di reddito della famiglia?	Reddito da lavoro Pensione da lavoro Pensione sociale o di invalidità Pensione di reversibilità Assegno di accompagnamento Altri aiuti pubblici (specificare) Altro (specificare)
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Assistenza domiciliare stabile Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare)
La persona disabile percepisce una delle seguenti forme di assistenza pensionistica o di contributi a sostegno del reddito?	Assegno ordinario di invalidità Pensione di invalidità civile Pensione di inabilità 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 Contrassegno parcheggio per disabili 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 definitiva 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 E' sottoposta a trattamento riabilitativo fisioterapico trisettimanale e Log 2/6

Osservazioni nel colloquio

Camilla, quasi 6 anni, necessita di costante assistenza.

Rete familiare presente.



Incontro finalizzato alla valutazione dell'inserimento di strumento per CAA. (Settembre no dal 6-12).

Torre del Greco,09-08-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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

Paziente affetta da Leucodistrofia metacromatica, con importanti difficoltà nei passaggi posturali, nella deglutizione e nelle normali tappe dello sviluppo psicomotorio. Sulla base delle condizioni cliniche del paziente e degli obiettivi del programma riabilitativo, si ritiene indispensabile garantire la continuità dell'intervento riabilitativo, così come previsto dal progetto riabilitativo individualizzato, al fine di garantire il mantenimento delle funzioni e delle autonomie residue.

Torre del Greco, 18-12-2023

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Leucodistrofia
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):	
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI
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 forza
Migliorare controllo del capo e del tronco

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio) + LP
Frequenza:	3/7 + 2/7
Durata:	240 - 240

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	10-06-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,10-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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 affetta da leucodistrofia; necessita di grande assistenza per i passaggi posturali e le principali autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
Migliorare controllo del capo e del tronco

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Miglioramento del controllo del capo e del tronco

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,10-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, scarsamente collaborante; affetta da Leucodistrofia, tiene brevemente il controllo del capo e del tronco, scarsa prensione e forza degli arti superiori e inferiore; difficoltà nella fonazione e nella deglutizione.

Torre del Greco, 10-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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, 10-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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# Leucodistrofia		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Leucodistrofia		

**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,10-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SEZIONE 6A - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE INIZIALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

Bambina partecipe, collaborativa, molto comunicativa, molto intelligente, esprime il suo assenso attraverso il sorriso, il vocalizzo, l'eccitazione motoria, ma anche il suo dissenso con la rigidità e l'espressione contrariata del suo viso. Negli ultimi tempi si riscontra un miglioramento del tono muscolare dei quattro arti, da seduta con appoggio anteriore degli arti superiori, in piedi a sostenere il carico per tempi più lunghi, presa di un oggetto leggero per pochi secondi. Conserva lo schema del passo, sempre sostenuta dall'operatore.

TESTS SOMMINISTRATI:

Scala MRC, Motricity index, Barthel, Tinetti.

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Si lavora: sul tono muscolare di capo, trono e arti, da seduta, da prona con arti superiori flessi in appoggio in decubito laterale, in piedi con sostegno; sugli allungamenti con agevolazioni e facilitazioni, sui muscoli del collo, maggiormente a destra, sulla comunicazione.

Data:	16/06/2024
--------------	------------

Torre del Greco, 30-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SCALA MRC**Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)****Forza muscolare**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

Descrizione	Valore
5/5 alla scala MRC: Movimento possibile contro resistenza massima	
4/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro resistenza minima	
3/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo contro gravità	
2/5 alla scala MRC: Movimento possibile solo in assenza di gravità	
1/5 alla scala MRC: Accenno al movimento	
0/5 alla scala MRC: Assenza di movimento	

Torre del Greco, 30-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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: 9 /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: 9 /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: 0 /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: 0 /100							

Torre del Greco,30-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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,30-06-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SCALA TINETTI

Equilibrio	Punteggio
1. Equilibrio da seduto 0=Si inclina ,scivola dalla sedia 1=E' stabile,sicuro	0 1
2. Alzarsi dalla sedia 0=E' incapace senza aiuto 1=Deve aiutarsi con le braccia 2=Si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2
3. Tentativo di alzarsi 0=E' incapace senza aiuto 1=Capace,ma richiede più di un tentativo 2=Capace al primo tentativo	0 1 2
4. Equilibrio nella stazione eretta (primi5sec) 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili 2=Stabile senza ausili	0 1 2
5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata 0=Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) 1=Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano>10cm) 2=Stabile, a base stretta, senza supporti	0 1 2
6. Equilibrio ad occhi chiusi 0=Instabile 1=Stabile	0 1
7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno 0=Comincia a cadere 1=Oscilla,ma si riprende da solo 2=Stabile	0 1 2
8. Girarsi di 360 gradi 0=A passi discontinui 1=A passi continui	0 1
9. Sedersi 0=Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) 1=Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo 2=Sicuro, movimento continuo	0 1 2
Punteggio dell'equilibrio	0/ 16



Andatura	Punteggio
10.Inizio della deambulazione 0=Una certa esitazione, o più tentativi 1=Nessuna esitazione	0 1
11.Lunghezza ed altezza del passo dx Piede dx 0=Il piede dx non supera il sx 1=Il piede dx supera il sx	0 1
0=Il piede dx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede dx si alza completamente dal pavimento	0 1
11.Lunghezza ed altezza del passo sx Piede sx 0=Il piede sx non supera il dx 1=Il piede sx supera il dx	0 1
0=Il piede sx non si alza completamente dal pavimento 1=Il piede sx si alza completamente dal pavimento	0 1
12.Simmetria del passo 0=Il passo dx e il sx non sembrano uguali 1=Il passo dx e il sx sembrano uguali	0 1
13.Continuità del passo 0=Interrotto o discontinuo 1=Continuo	0 1
14.Traiettoria 0=Deviazione marcata 1=Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili 2=Assenza di deviazione e di uso di ausili	0 1 2
15.Tronco 0=Marcata oscillazione o uso di ausili 1=Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia 2=Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	0 1 2
16.Posizione dei piedi durante il cammino 0=I talloni sono separati 1=I talloni quasi si toccano durante il cammino	0 1
Punteggio dell'andatura	3/ 12

PUNTEGGIO TOTALE 3/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥ 19 :basso rischio di caduta ≤ 18 :elevato rischio di caduta
Torre del Greco,30-06-2024

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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

Camilla, 7 anni, frequenta la I elementare, con l'ausilio dell'insegnante di sostegno.

I genitori a colloquio con la scrivente, richiedono un cambio terapeuta; la richiesta viene valutata e accolta.

Attualmente Camilla è sottoposta a trattamento riabilitativo: 3/7 FKT e 2/7 Log.

Inoltre nella sezione "Allegati" è presente il seguente strumento di valutazione:

1) C. B. I. (Caregiver Burden Inventory) strumento di valutazione dello stress del caregiver correlato all'assistenza. Compilato direttamente dal caregiver crocettando, per ogni domanda, la casella che più gli corrisponde; inoltre ha un punteggio separato per ogni dimensione indagata, diversamente da altri questionari che portano ad avere un risultato globale o unidimensionale.

Gli ambiti che indaga il C.B.I. sono:

- Carico oggettivo: si fa riferimento al tempo richiesto al caregiver per assolvere i suoi compiti di assistenza, facendo emergere il carico associato alla restrizione di tempo da dedicare a sé
- Carico evolutivo: in questa sezione si indaga la percezione del caregiver di sentirsi escluso, rispetto ad aspettative ed opportunità dei propri coetanei
- Carico fisico: in qui si fa emergere l'eventuale sensazione di problemi di salute e fatica cronica conseguenti all'assistenza
- Carico sociale: in cui viene descritta l'eventuale percezione di un conflitto di ruolo
- Carico emotivo: nell'ultima sezione si descrivono i sentimenti ed emozioni del caregiver verso il proprio familiare.

L'obiettivo principale è quello di far emergere il livello di burden dei caregiver e valutare successivamente la necessità o meno di un qualche intervento che possa essere efficace nella riduzione dei livelli di stress e comprendere in quale dimensione vi è maggiore bisogno di sostegno.

E' utile approfondire l'argomento

Torre del Greco, 11-09-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SEZIONE 6A - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE INIZIALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

Camilla è una bambina di 7 anni affetta da patologia rara.

È molto partecipe e comunicativa attraverso il canale non verbale: esprime il suo assenso attraverso il sorriso, il vocalizzo, l'eccitazione motoria, ma anche il suo dissenso con la rigidità e l'espressione contrariata del suo viso.

Effettua terapie di logopedia 2 volte a settimana.

Il lavoro è incentrato principalmente sulla stimolazione del tono muscolare del distretto orofacciale, al fine di mantenere le capacità motorie del distretto e le capacità deglutitorie di liquidi e semisolidi.

TESTS SOMMINISTRATI:

Stimolazione muscolare del distretto orofacciale

OBIETTIVI E METODOLOGIE:**Data:**

Torre del Greco, 07-11-2024

TERAPISTA
dott.ssa
CIARAMELLA SONIA

**PAZIENTE:**

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

Camilla è una bambina di 7 anni affetta da ""leucodistrofia metacromatica"". Effettua terapie riabilitative logopediche a frequenza bisettimanale in regime domiciliare.

A livello comunicativo-relazionale è partecipe e comunicativa attraverso il canale non verbale: esprime il suo assenso attraverso il sorriso, il vocalizzo, l'eccitazione motoria, ma anche il suo dissenso con la rigidità e l'espressione contrariata del suo viso.

Il lavoro è incentrato principalmente sulla stimolazione del tono muscolare del distretto oro-bucco-facciale, al fine di mantenere le capacità motorie del distretto e le capacità deglutitorie di liquidi e semisolidi.

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

- Stimolazione del tono muscolare del distretto oro-bucco-facciale
- Mantenimento delle capacità deglutitorie di liquidi e semisolidi

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

Data:	
--------------	--

Torre del Greco,09-01-2025

TERAPISTA
dott.ssa
CIARAMELLA SONIA

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SEZIONE 6D - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE FINALE:****SITUAZIONE ATTUALE:**

Paziente affetta da leucodistrofia metàcromatica. È partecipe e collaborativa durante la riabilitazione fisioterapica basata principalmente su esercizi posturali ...che vanno a stimolare il raddrizzamento del collo e del collo sulla schiena .Mantiene per alcuni secondi la posizione seduta senza perdere l'equilibrio ,sostenendosi sulla braccia .

Attraverso facilitazioni neuromuscolari viene stimolata nello strisciamento e rotolamenti entrambi risultano incompleti .

Da prona si sostiene sui gomiti per alcuni secondi cadendo sul lato sinistro ..nonostante l'ipertono patologico la bambina riesce a stare in posizione quadrupedica accennando l'avanzamento .

TESTS SOMMINISTRATI:

--

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

--

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

Data:	
--------------	--

Torre del Greco,09-01-2025

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Leucodistrofia Metacromatica
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):	
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V; VI
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 forza
Migliorare controllo del capo e del tronco

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

Tipologia Trattamento:	RNM (a domicilio) + LT
Frequenza:	3/7 + 2/7
Durata:	240 - 240

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	19-03-2025	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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 Leucodistrofia; difficoltà nel controllo posturale e nelle funzioni oro-buccali

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ROM
Migliorare forza
migliorare controllo del capo e del troco

METODOLOGIE OPERATIVE:

Mobilizzazione attiva e passiva
Rinforzo muscolare
Miglioramento delle autonomie

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,19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, scarsamente collaborante; affetta da Leucodistrofia, tiene brevemente il controllo del capo e del tronco, scarsa prensione e forza degli arti superiori e inferiore; difficoltà nella fonazione e nella deglutizione.

Torre del Greco, 19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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, 19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

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# Leucodistrofia		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Leucodistrofia		

**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,19-03-2025

PAZIENTE:

Cognome	VITIELLO	Nome	CAMILLA
Data di nascita	11-08-2017	Cartella Clinica n.	7472

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**VALUTAZIONE BIMESTRALE:****OUTCOME INTERMEDI:**

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
		SI	P.R.	NO
	<ul style="list-style-type: none">••• Mantenimento della mobilità articolare passiva, per prevenire retrazioni muscolari e rigidità•••			
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO
		SI	P.R.	NO

SITUAZIONE ATTUALE:

Durante le sedute di fisioterapia, la bambina si presenta in carrozzina, con postura in flessione generalizzata, rigidità muscolare, e ipertono marcato in estensione

agli arti inferiori, più contenuto ma presente anche a livello degli arti superiori. Il controllo del capo è conservato solo parzialmente, in particolare in condizioni di fatica o stimoli ambientali ridotti. È necessaria assistenza completa per tutte le attività della vita quotidiana. Dal punto di vista della comunicazione, la bambina risponde positivamente alla voce familiare, mostra una buona reazione emotiva e relazionale nonostante le difficoltà di linguaggio verbale, e mantiene un buon contatto visivo. Le interazioni sono veicolate attraverso lo sguardo, espressioni facciali e vocalizzi.

Data:	
--------------	--

Torre del Greco, 18-05-2025