

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

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

10 anni frequenta la V elementare senza sostegno.

In trattamento di NM 2 sett per una emiparesi dex da sofferenza encefalica perinatale .

Operata alla nascita per idrocefalo , fa controlli periodici al Santobono.

Non riferite convulsioni. Non prende farmaci.

La situazione clinica permane in ottimale compenso funzionale.

Normali competenze intellettive. Gli apprendimenti sono validi. Bene la relazione ed il comportamento.

Deambula e corre in autonomia con ottimi compensi funzionali alla patologia di base. Emiparesi dex prevalente all'AS che si presenta anche lievemente flesso al gomito ed iposomico.

Nulla al rachide. Fa botox sia all'arto superiore che inferiore. Porta anche un tutorino rigido di notte. Nel complesso i compensi funzionali sono ottimali.

Continua NM come definito a conservazione dei risultati e prevenzione delle deformità.

02.12.2022

Torre del Greco,02-12-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi dx in nata pretermine
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE 01
3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)	Cod. (ICIDH): Cos. (ICF):	
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	4
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

Sostenere il benessere psicofisico	
------------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Acquisizione delle tappe di sviluppo neuromotorio, sviluppo delle competenze visuoperceptive, acquisizione delle autonomie personali e sociali (ADL con utilizzo dell'arto superiore dx)
--

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/6
Durata:	365

**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)**

--

Data		Responsabile del progetto	ASL NA 3 SUD
------	--	------------------------------	--------------

Torre del Greco,06-12-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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:**

Difficoltà motorie e nelle ADL

**ELENCO OBIETTIVI**

Acquisizione delle tappe di sviluppo neuromotorio, sviluppo delle competenze visuoperceptive, acquisizione delle autonomie personali e sociali (ADL con utilizzo dell'arto superiore dx)

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

RNM

**OPERATORI:**

TDR

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica finale

## TEMPI DI VERIFICA:

A fine ciclo

## RISULTATO

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	ASL NA 3 SUD
------	--	---	--	--	--------------

Torre del Greco,06-12-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

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

Si prende visione della Prescrizione ASL e si elaborano il Progetto e il Programma abilitativo tenendo conto dei bisogni emergenti del paziente e degli obiettivi contenuti nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni ai terapeuti: si utilizza il Protocollo k.

Torre del Greco,06-12-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi dx in nata pretermine con idrocefalo
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):	14
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Contrastare ipertono
Migliorare passaggi posturali
Migliorare 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	14-12-2023	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,14-12-2023



**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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 emiparesi destra con idrocefalo; ipertono emilato destro.

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Contrastare ipertono  
Esecuzione di passaggi posturali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
Esecuzione passaggi posturali  
Training del passo

**OPERATORI:**

TDR

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

vedi test in allgato

**TEMPI DI VERIFICA:**

A termine

**RISULTATO**

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	--	---	--	--	--

Torre del Greco,14-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie; emiparesi lato destro, ipertono arto superiore destro e inferiore destro; lievi difficoltà nei passaggi posturali e nella deambulazione (effettuata appoggiando la punta del piede destro); difficoltà nei passaggi punta-tallone.

Torre del Greco,14-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

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

In data odierna si effettua il colloquio con la figura materna in presenza di Maria Francesca che appare timida e introversa ma collaborante, necessita di incoraggiamenti.

Effettua percorso abilitativo di FKT per diagnosi di emiparesi con idrocefalo alla nascita.

Frequenta la I classe media ben inserita con i coetanei.

Percepisce una indennità di frequenza. Presente il contesto familiare

Torre del Greco, 14-12-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Quirola Alba

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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,14-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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: 76 /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: 69 /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,14-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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# Emiparesi destra in paziente con idrocefalo		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi destra in paziente con idrocefalo		

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

<b>Osservazione finale di dimissione:</b>			
<b>OBIETTIVI:</b>	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,14-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

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

Paziente seguita per Emiparesi dx in nata pretermine con idrocefalo. In trattamento tipo terapia neuromotoria 2/7. Storia di pregresso trattamento neuropsicomotorio. Inserita in prima classe di scuola secondaria di grado inferiore. Pratica regolarmente controlli presso centro di III livello. Negata storia di epilessia in passato. Effettua regolarmente cicli di trattamento con tossina botulinica. Ritmo sonno-veglia ed alimentazione regolari. Pratica regolare attività sportiva. In fase di espansione le autonomie personali e sociali, inficiate in parte dalla componente relativa all'emiparesi. Presente qualche elemento di disregolazione emotiva. All'osservazione odierna la piccola presenta temperamento in parte inibito. Abbastanza ben strutturato il linguaggio di espressione verbale. All'EON si evidenzia deambulazione autonoma con atteggiamento intraruotato del piede dx e ginocchio valgo a dx. Difficoltà nella camminata sulle punte seppur possibile così come quella in tandem. Nei limiti la deambulazione sui talloni. Romberg negativo. Prova di mingazzini con sottoslivellamento dell'arto dx. Agli AASS, ROT vivaci a dx con aumento della resistenza alla mobilizzazione passiva; forza abbastanza conservata. A sx tono, forza e trofismo nei limiti con ROT normalmente elicetabili. Agli AAI presente rigidità localizzata soprattutto all'articolazione tibio-tarsica. ROT patellare iperelicetabile a dx con aumento dell'area riflessogena. ROT achilleo a dx vivace, babinski in estensione. Nei limiti forza e trofismo. A sx tono, forza e trofismo nei limiti con ROT normoelicetabili. All'osservazione si rileva asimmetria dei triangoli della taglia con slivellamento alla prova di bending. Discrete capacità fino motorie in termini di abilità bimanuali soprattutto. Riferita però tendenza a scarso utilizzo dell'arto paretico. Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore. Proseguire regolari monitoraggi presso centro di III livello così come riferito.

Torre del Greco,29-05-2024



## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	29-05-2024
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012 (12 anni)	Cartella Clinica n.	5571
Luogo	NAPOLI		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	I anno di scuola secondaria di I grado

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?		

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Montella	Nome	Dora
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3347183480
Condizione professionale	casalinga		
2)Cognome	Perrotta (padre)	Nome	Giovani
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
Condizione professionale	marittimo		
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, genitori e fratello di 5 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?	Palestra
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 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

In data odierna si effettua colloquio con la madre della ragazza, la quale riferisce autonomie personali e sociali in fase di espansione.

Torre del Greco, 29-05-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi dx in nata pretermine con idrocefalo
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):	14
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Ridurre ipertono
Migliorare equilibrio
Migliorare passaggi posturali

**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	10-07-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	------------------------------	--

Torre del Greco,10-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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 emiparesi dx, in nata pretermine con idrocefalo; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare ROM  
Ridurre ipertono  
Migliorare equilibrio e deambulazione

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Mobilizzazione attiva e passiva  
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,10-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

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

Paziente in condizioni cliniche stazionarie, vigile, collaborante, orientata nel tempo e nello spazio; affetta da emiparesi destra in nata pretermine con idrocefalo; ridotto il ROM, il trofismo muscolare e la forza dell'emilato destro; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie. Minime difficoltà di equilibrio e nei passaggi punta-tallone.

Torre del Greco,10-07-2024



**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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,10-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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: 76 /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: 69 /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,10-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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# Emiparesi destra in nata pretermine		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi destra in nata pretermine		

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

<b>Osservazione finale di dimissione:</b>			
<b>OBIETTIVI:</b>	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,10-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Emiparesi dx
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):	14
4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)	Cod. (ICIDH) Cos. (ICF)	III, IV, V, VI
5. Gravità disabilità (tabella C)	Scala:	3
6. prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Ridurre ipertono, favorire maggiore utilizzo della mano dx nelle AVR, migliorare la deambulazione.
--

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

Tipologia Trattamento:	RNM
Frequenza:	2/7
Durata:	240 gg

**POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)**

--

Data	17/02/2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco,17-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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 emiparesi dx, in nata pretermine con idrocefalo; necessita di minima assistenza/supervisione per i passaggi posturali e le principali autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Ridurre ipertono, favorire maggiore utilizzo della mano dx nelle AVR, migliorare la deambulazione.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Riabilitazione neuromotoria

**OPERATORI:**

Dott.ssa M.R. Fabozzo

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

valutazione iniziale, intermedia e finale

### TEMPI DI VERIFICA:

valutazione a metà e fine ciclo.

### RISULTATO

Data	17/02/2025	Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	------------	---	--	--	--

Torre del Greco,17-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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,17-02-2025



**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

**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# Emiparesi destra in nata pretermine		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Emiparesi destra in nata pretermine		

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

<b>Osservazione finale di dimissione:</b>			
<b>OBIETTIVI:</b>	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:	17/02/2025	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,17-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

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

Giunge a visita in compagnia della madre

Alla valutazione odierna si rileva:

-accede al setting con buon adattamento

-linguaggio e comprensione nella norma

-riferita buona integrazione in contesto classe e nel gruppo di pari

-autonomie in linea per età seppur presenti basse necessità di supporto in virtù dell'emiparesi dx

-deambulazione caratterizzata da intrarotazione piede dx

-forza e trofismo simmetriche e nella norma bilateralmente

-riferiti cicli di terapia botulinica

Si consiglia di continuare monitoraggio presso struttura di III liv.

Continua percorso riabilitativo come da prescrizione

Torre del Greco,05-03-2025

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.

SALZANO ANTONIO

**PAZIENTE:**

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571

## **SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**

### **CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE**

Data: 10 Marzo 2025

Partecipanti al colloquio: Signora Montella (madre), Minore Perrotta Maria Francesca

Intervento riabilitativo in corso: Riabilitazione neuro-motoria (2 incontri settimanali)

Diagnosi: Emiparesi dx

#### **Osservazioni emerse**

Durante il colloquio, Maria Francesca si è presentata serena, collaborativa e ben predisposta al dialogo.

Ha risposto positivamente agli stimoli, riuscendo a ricostruire la propria routine quotidiana e le relazioni significative.

La madre riferisce di aver ricevuto la diagnosi alla nascita e di aver avviato terapia pubblica già dal primo anno di vita.

Il rapporto con la struttura e i terapeuti è descritto in termini molto positivi.

#### **Contesto scolastico**

Maria Francesca frequenta la seconda classe della scuola secondaria di primo grado.

Sia la madre che la minore descrivono l'ambiente scolastico come sereno e favorevole allo sviluppo delle competenze, evidenziando una buona integrazione nel contesto educativo.

#### **Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dalla madre, dal padre, dal fratello minore e dalla minore in carico.

La famiglia si sostiene economicamente grazie al reddito del padre, marittimo, e all'indennità di frequenza percepita per la minore.

La madre descrive un contesto familiare sereno, con una rete familiare stabile e presente, in grado di fornire supporto in caso di necessità.

Il contesto riportato appare idoneo alla crescita e allo sviluppo armonioso della minore.

Torre del Greco, 10-03-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	10-03-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	PERROTTA	Nome	MARIA FRANCESCA
Data di nascita	11-05-2012	Cartella Clinica n.	5571
Luogo	NAPOLI		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	Secondaria

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	Montella	Nome	Dora
Rapporto di parentela		Madre	
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	-334718348
Condizione professionale		Casalinga	
2)Cognome	Perrotta	Nome	Giovanni
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	
Condizione professionale		marittimo	
N° componenti del nucleo familiare		4	
Composto da		Madre, padre, due figli minori	
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?	
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 terapeuta che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 10-03-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa

AMENO ALESSIA