

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

6 anni Scuola dell'infanzia.

In trattamento di Log 2 sett e NPEE 2 sett per un disturbo dello spettro autistico .

Si conferma l'impianto diagnostico.

Controlla gli sfinteri.

Il linguaggio non è strutturato , prevale l'empatia.

In passato si è provato PECS poi abbandonato per ragioni contestuali.

Considerata la passata positiva esperienza si potrebbe valutarne la ripresa allo scopo di migliorare la comunicazione e funzioni esecutive autonome.

Sul piano comportamentale , con la chiusura del trattamento privato svolto altrove, il b/no si notevolmente tranquillizzato. Oggi appare molto più sereno e disponibile alla relazione.

Si lavorerà anche sul potenziamento delle autonomie.

Sul piano abilitativo si propone di proseguire l'intervento in atto con indicazione a PECS

22.10.2022

Torre del Greco,22-10-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Attualmente il bambino non utilizza un linguaggio verbale o comunicativo alternativo aumentativo. Ridotti i comportamenti auto e etero aggressivi. Instabilità emotivo affettiva relazionale , bassa tolleranza alle frustrazione.

**TESTS SOMMINISTRATI:****OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Favorire un modalità comunicativa relazionale efficiente.

Ridurre la frustrazione e aumentare i tempi attentivi.

<b>Data:</b>	7/11/2022
--------------	-----------

Torre del Greco,07-11-2022

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
DEL PRETE MICHELA

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Alla valutazione funzionale psicomotoria si osserva che bassi sono i tempi attentivi, scarsa risulta la tolleranza alla frustrazione. Mentre ridotte risultano le condotte auto ed etero aggressive. Infine assente risulta la comunicazione verbale e di tipo aumentativo alternativo.

**TESTS SOMMINISTRATI:****OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Obiettivi: favorire la comunicazione (scambio comunicativo) , favorire la tolleranza alla frustrazione.

<b>Data:</b>	7/11/2022
--------------	-----------

Torre del Greco, 07-11-2022

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
DI MAIO GIUSEPPINA

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo dello spettro autistico
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE 13
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 globale	
--------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze comunicative e cognitive, acquisizione delle autonomie personali e sociali
--

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

Tipologia Trattamento:	NPEE 3/6, Logopedia 3/6 metodo PECS (entrambi i terapeuti nella stessa seduta)
Frequenza:	6/6
Durata:	180 gg

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

--

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

Torre del Greco,08-11-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 adattive, sociali e comunicative

**ELENCO OBIETTIVI**

Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze comunicative e cognitive, acquisizione delle autonomie personali e sociali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

NPEE 3/6, Logopedia 3/6 metodo PECS (entrambi i terapeuti presenti nella stessa seduta)

**OPERATORI:**

TNPEE, Logopedista

**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,08-11-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 terapisti: si utilizza il Protocollo H. Si prende visione delle indicazioni contenute in prescrizione relativamente al metodo PECS e alla possibilità di effettuare il trattamento in extramuraria.

Torre del Greco,08-11-2022



**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
	Ridurre i comportamenti problema	SI	P.R.	NO
	Favorire scambio comunicativo mediante l'utilizzo di immagini	SI	P.R.	NO
	Aumentare i tempi attentivi	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:**

Attualmente è stato fornito al bambino un comunicatore, pertanto la terapia è finalizzata al suo utilizzo.

<b>Data:</b>	18/01/2023
--------------	------------

Torre del Greco, 20-01-2023

**TERAPISTA**

Dott.ssa

DEL PRETE MICHELA

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
	Ridurre i comportamenti problema	SI	P.R.	NO
	Favorire la comunicazione mediante l'utilizzo di immagini	SI	P.R.	NO
	Aumento dei tempi attentivi	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:**

Attualmente è stato fornito al bambino un comunicatore, pertanto la terapia è finalizzata al suo utilizzo.

<b>Data:</b>	22/01/2023
--------------	------------

Torre del Greco, 22-01-2023

**TERAPISTA**

Dott.ssa

DI MAIO GIUSEPPINA

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO		
	Ridurre comportamenti aggressivi	SI	P.R.	NO
	Aumentare i tempi di attività svolti a tavolino	SI	P.R.	NO
	Utilizzare il comunicatore per scambi comunicativi	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:**

Il bambino mostra un comportamento ancora iperattivo con instabilità motoria, estinti atteggiamenti aggressivi verso sé e verso gli altri.

Utilizza il comunicatore solo con prompt .

<b>Data:</b>	20/03/2023
--------------	------------

Torre del Greco, 22-03-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Il bambino mostra un comportamento privo di aggressività verso sé e verso gli altri, permane invece, instabilità motoria, iperattività e tempi di attività svolti a tavolino ancora ridotti.

Svolto training per l'utilizzo del comunicatore, Christian lo utilizza con prompt fisico o verbale, discrimina alcune immagini.

**TESTS SOMMINISTRATI:****OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Naturalizzare l'uso del comunicatore, migliorare e ampliare le immagini discriminate.

Aumentare i tempi di attività al tavolino, riducendo l'iperattività motoria.

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

<b>Data:</b>	29/03/2023
--------------	------------

Torre del Greco, 22-03-2023

**TERAPISTA**

Dott.ssa

DEL PRETE MICHELA

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Christian di 6 anni e mezzo seguito per disturbo dello spettro autistico in trattamento con PSM e LOG combinata allo stato a frequenza bisettimanale ( metodo PECS secondo indicazione del prescrittore).

Attualmente frequenta il terzo anno di scuola materna con insegnante di sostegno per tutte le ore.

All'osservazione evidente esplorazione caotica dello spazio e dei materiali ludici a disposizione, intolleranza alle attese. La relazione appare deficitaria con l'altro, scarso l'interesse anche quando si cerca di coinvolgerlo in attività gradite.

Linguaggio assente scarsa la comunicazione non verbale a supporto di quella verbale. Ancora non è in grado di utilizzare adeguatamente la CAA.

Sarebbe utile pertanto a supporto dell'avvio della CAA anche trattamento volto a favorire acquisizione delle autonomie per cui si discute con il padre circa la valutazione di eventuale supporto a domicilio.

Torre del Greco,23-03-2023

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.ssa

CAVALLARO FRANCESCA

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA PSICOLOGICA**

Christian, 6 anni e mezzo, frequenta il terzo anno di scuole materne con sostegno e discreto adattamento al setting scolastico. È sottoposto a trattamento abilitativo per “Disturbo dello spettro autistico”. Effettua trattamento combinato NPEE e Log.

Durante la visita, avvenuta in data 23/03/2023 mostra difficoltà di adattamento al setting, esplora caoticamente l’ambiente e manipola in modo afinalistico gli oggetti presenti nella stanza. All’osservazione, scarso il contatto oculare ma adeguatamente investito per il soddisfacimento dei propri bisogni. Scarsa la tolleranza alla frustrazione e alle attese con l’assunzione di comportamenti disfunzionali caratterizzati da urla e manipolazione degli oggetti a disposizione. Linguaggio assente. Scarsa la comunicazione non verbale a supporto di quella verbale. Non ancora adeguato l’utilizzo della CAA. Controllo sfinterico non ancora completamente acquisito.

Torre del Greco, 23-03-2023

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Il paziente svolge training per L utilizzo del comunicatore, discrimina alcune immagini. Persiste instabilità psicomotoria e tempi attentivi ridotti.

**TESTS SOMMINISTRATI:****OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Aumentare tempi delle attività a tavolino.

Naturalizzare L uso del comunicatore

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

<b>Data:</b>	29/03/2023
--------------	------------

Torre del Greco, 23-03-2023

**TERAPISTA**  
dott  
SIMEONE SILVIA

**Responsabile Assistenza Sociale dott.ssa Mariagrazia Paone  
SCHEMA SOCIALE**

DATA 1° COLLOQUIO	23-03-2023
-------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344
Luogo	CASTELLAMMARE DI STABIA		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	materna

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	Art. 3 comma 3	
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza	3/6 Log. 3/6 NPEE	
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	Ciardi	Nome	Pasquale
Rapporto di parentela	padre		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
Condizione professionale	marittimo		
2)Cognome	Magliulo (madre)	Nome	Sabrina
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
Condizione professionale	casalinga		
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente,genitori e fratello		
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: Rete familiare presente 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?	Voucher sportivo
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 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) - CAA
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 istituzionale 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

Torre del Greco, 27-03-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	ASD
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE13
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 globale	
--------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze comunicative e cognitive, acquisizione delle autonomie personali e sociali
--

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

Tipologia Trattamento:	NPEE 3/6, Logopedia 3/6
Frequenza:	6/6
Durata:	240 gg

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

--

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

Torre del Greco,30-03-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 adattive, comunicative e relazionali

**ELENCO OBIETTIVI**

Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze comunicative e cognitive, acquisizione delle autonomie personali e sociali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

NPEE 3/6, Logopedia 3/6

**OPERATORI:**

TNPEE, Logopedia

**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,30-03-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 terapisti: si utilizza il Protocollo H. Si prende visione delle indicazioni contenute in prescrizione relativamente al metodo PECS e alla possibilità di effettuare il trattamento in extramuraria.

Torre del Greco, 30-03-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto riabilitativo: Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze comunicative e cognitive, acquisizione delle autonomie personali e sociali. Scarsa la compliance al trattamento e le risposte, così come il controllo educativo e il rispetto delle regole. Persistono difficoltà relative alle abilità di matching e discriminazione. Si procede svolgendo le attività proposte con l'ausilio di rinforzo positivo (alimentare). Il caso resta in osservazione.

Torre del Greco, 24-07-2023

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI



**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto riabilitativo: sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze comunicative e cognitive, acquisizione delle autonomie personali e sociali. Discreta la compliance al trattamento e le risposte, migliorati i tempi attentivi e di attesa, così come il rispetto delle regole. È in grado di svolgere semplici attività (incastri) e di effettuare scambi comunicativi minimi con una figura a disposizione. Appare necessario l'ausilio di rinforzo positivo (alimentare). Contatto oculare discretamente investito nell'interazione. Continua il trattamento abilitativo come impostato.

Torre del Greco, 16-10-2023

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Paziente seguito per Disturbo dello Spettro Autistico. In trattamento riabilitativo tipo NPEE 3/6, Logopedia 3/6. Assume Aripiprazolo sol. orale 1 mg/ml: 5 mg la mattina + 5 mg la sera e Depakin sol. orale 200mg/ml: 200 mg per due vv./die. Alimentazione caratterizzata da aumento dell'appetito. Ritmo sonno-veglia regolare. Inserito in prima classe di scuola elementare con ausilio del docente di sostegno. Profilo di competenze adattive non in linea per età. In fase di training per strategie CAA (Pecs) con iniziale miglioramento delle funzioni comunicative. In buona evoluzione con il trattamento psicofarmacologico i comportamenti di irritabilità ed aggressività. Ha effettuato recentemente controllo ematochimico (non portato in visione) ed previsto controllo cardiologico con ECG.

All'osservazione odierna presente pattern ipercinetico-disadattivo interferente. Il piccolo si limita principalmente alla manipolazione poco finalistica del materiale ludico messo a disposizione su base spontanea. Indicatori sociali non ben acquisiti con aggancio oculare possibile solo per attività fortemente motivanti. Il piccolo produce principalmente vocalizzi non sempre eterodiretti e non si ravvisa accenno a singole paroline. Presenti frequenti ed interferenti comportamenti di ricerca sensoriali

Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore mirato al globale potenziamento dello sviluppo. Proseguire anche il training CAA. Proseguire regolare monitoraggio ematochimico ed ECG con calcolo del QTc per tutta la durata del trattamento psicofarmacologico.

Torre del Greco,07-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Si effettua in data odierna il colloquio con la figura paterna che riferisce le problematiche del bambino e l'attuale condizione clinica che, da quanto riferito, risulta essere invariata.

Primogenito di due figli frequenta la I classe elementare con sostegno, scarsamente integrato con i coetanei.

La figura di riferimento appare scarsamente consapevole delle reali difficoltà del bambino.

Percepisce una indennità di accompagnamento e un riconoscimento della L 104 con comma di gravità.

Torre del Greco, 07-12-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Quirola Alba

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	ASD
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE13
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 globale	
--------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Sviluppare la collaborazione
Favorire la relazione e l'integrazione
Sviluppare le abilità di comunicazione
Potenziare le abilità motorio-prassiche

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

Tipologia Trattamento:	NPEE 3/6, Logopedia 3/6 (compresenza dei terapisti)
Frequenza:	6/6
Durata:	240 gg

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

--

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

Torre del Greco,13-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 adattive, comunicative, relazionali e motorio-prassiche

**ELENCO OBIETTIVI**

Sviluppare la collaborazione  
Favorire la relazione e l'integrazione  
Sviluppare le abilità di comunicazione  
Potenziare le abilità motorio-prassiche

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

NPEE 3/6, Logopedia 3/6 (compresenza terapisti)

**OPERATORI:**

TNPEE Dott.ssa Maria Ersilia Barra  
Logopedia Dott.ssa Stefania Mirone

## MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

## TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

## RISULTATO

--

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

Torre del Greco,13-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 terapisti: si utilizza il Protocollo H.

Torre del Greco,13-12-2023



**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Alla valutazione funzionale logopedica e psicomotoria si evince il seguente quadro:

VERSANTE MOTORIO: C presente ad oggi ancora una marcata irrequietezza motoria che si manifesta con atteggiamenti disfunzionali ( saltelli stereotipie varie e tendenza a buttarsi a terra)

CONTROLLO SFINTERICO:Raggiunto ma non consolidato

ATTENZIONE: non riesce a mantenere il focus attentivo a lungo, necessitando di numerosi prompt fisici e verbali per completare le attività proposte, anche in relazione ad un AGGANCIO VISIVO sfuggente ed incostante.

AREA COGNITIVA : C riesce a comprendere semplici richieste ma non sempre le completa

SFERA COMPORTAMENTALE: Ancora evidenti atteggiamenti disfunzionali con bassa tolleranza alla frustrazioni di fronte a dinieghi e rispetto di turni e regole.

VERSANTE COMUNICATIVO - RELAZIONALE : C non utilizza il canale verbale per le richieste bensì il pointing e l'uso strumentale dell'altro.

In fase di rifacimento il quaderno della CAA, utilizzato esclusivamente nel setting terapeutico. Si fa presente che C riesce ad attuare lo scambio per una o due richieste ( coca-cola e caramella)

**TESTS SOMMINISTRATI:**

--

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Si lavora attraverso una stimolazione globale.

<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
-------------------	-----------	---------------------------	---------------

<b>Data:</b>	
--------------	--



Torre del Greco,14-12-2023

**TERAPISTA**

Dott.

MIRONE STEFANIA

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Christian, 7 anni, è sottoposto a trattamento abilitativo per "Disturbo dello spettro autistico". Scarso il contatto oculare ma adeguatamente investito per il soddisfacimento dei propri bisogni. Scarsa la tolleranza alla frustrazione e alle attese con l'assunzione di comportamenti disfunzionali caratterizzati da urla e manipolazione degli oggetti a disposizione. Linguaggio assente. Scarsa la comunicazione non verbale a supporto di quella verbale. Non ancora adeguato l'utilizzo della CAA

Considerando le condizioni cliniche del paziente e gli obiettivi del progetto riabilitativo quali: sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze comunicative e cognitive, acquisizione delle autonomie personali e sociali, si ritiene indispensabile garantire la continuità dell'intervento riabilitativo al fine di favorire l'acquisizione e il mantenimento delle funzioni e delle abilità compromesse.

Torre del Greco, 18-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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:	A.S.D.		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	A.S.D.		

**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
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:</b>			
Continua il trattamento riabilitativo come da nuova prescrizione ASL			
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:</b>			
<b>Note:</b>			

**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, 27-12-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto abilitativo: sviluppare la collaborazione, favorire la relazione e l'integrazione, sviluppare le abilità di comunicazione, potenziare le abilità motorio-prassiche. Discreta la compliance al trattamento e le risposte, con aumentata ipercinesia e comportamenti aggressivi etero-diretti; per i motivi suddetti sono stati apportati cambiamenti alla terapia farmacologica in atto. Necessario l'ausilio del rinforzo positivo (coca-cola) che ad oggi sembra essere divenuto meno saliente. Presenta diversi interessi (giardinetti, trenino Thomas e pianoforte) verso i quali però Christian appare coinvolto per un brevissimo periodo di tempo. Continua il trattamento abilitativo come impostato.

Torre del Greco, 29-03-2024

**CASE MANAGER**

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Controllo per Christian seguito per Disturbo dello Spettro Autistico in trattamento riabilitativo tipo PSM 3/6 e LOG 3/6.

Terapia farmacologica in atto

Aripiprazolo sol. orale 1 mg/ml: 7.5 mg la sera

Depakin bustine 250mg: 250mg per due vv./die

Risperidone sol.orale: 0.5 mg al mattino + 0.25 mg la sera

Alimentazione attuale completa e varia. Ritmo sonno-veglia regolare.

Ha terminato la prima classe di scuola elementare con ausilio del docente di sostegno.

Prosegue training per CAA (Pecs) con parziale miglioramento delle funzioni comunicative soprattutto richieste ad alta motivazione (bibite, cibo). Ridotta la disforia umorale con riduzione della conseguente irritabilità e labilità emotiva; negati episodi di aggressività da circa tre mesi.

Ha effettuato recentemente controllo ematochimico (non portato in visione) ed previsto controllo cardiologico con ECG.

All'osservazione odierna persiste pattern ipercinetico-disadattivo in lieve miglioramento rispetto ai precedenti controlli; ridotti in particolare le stereotipie e le stimolazioni sensoriali altamente interferenti con il funzionamento del piccolo . Persiste esplorazione superficiale e caotica dello spazio e dei materiali con rapido shift tra le diverse attività.

Linguaggio caratterizzato da occasionali vocalizzi non sempre eterodiretti .

Prosegue trattamento riabilitativo come da indicazioni del medico prescrittore mirato al globale potenziamento dello sviluppo. Proseguire anche il training CAA. Proseguire regolare monitoraggio ematochimico ed ECG con calcolo del QTc per tutta la durata del trattamento psicofarmacologico.

Torre del Greco,01-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	ASD
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE13
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 globale	
--------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Lavorare sulle autonomie, relazione e integrazione.
---

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

Tipologia Trattamento:	NPEE 3/6, Logopedia 3/6
Frequenza:	6/6
Durata:	240 gg

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

--

Data	26/07/2024	Responsabile del progetto	ASL NA 3 SUD
------	------------	------------------------------	--------------

Torre del Greco, 26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 adattive, comunicative, relazionali e motorio-prassiche

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavorare sulle autonomie, relazione e integrazione.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

NPEE 3/6, Logopedia 3/6

**OPERATORI:**

TNPEE Dott.ssa Maria Ersilia Barra  
Logopedia Dott.ssa Stefania Mirone

**MISURE D'ESITO APPLICATE**



Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

### TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

### RISULTATO

Data	26/07/2024	Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	ASL NA 3 SUD
------	------------	---	--	--	--------------

Torre del Greco, 26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 terapisti: si utilizza il Protocollo H.

Torre del Greco, 26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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:	A.S.D.		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	A.S.D.		

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

Osservazione finale di dimissione:			
<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:			
Continua il trattamento riabilitativo come da nuova prescrizione ASL			
Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:			
<b>Note:</b>			

**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:	26/07/2024	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,26-07-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto abilitativo: lavorare sulle autonomie, relazione e integrazione. Discreta la compliance al trattamento e le risposte così come la motivazione a svolgere le attività proposte. Scarsi i tempi attentivi e di attesa. Si effettua il trattamento tramite pecs. Continua il trattamento abilitativo così come quanto impostato.

Torre del Greco, 24-02-2025

**CASE MANAGER**

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Data: 2 Aprile 2025

Partecipanti al colloquio: Signora Magliulo Sabrina, minore Ciardi Christian

Terapie in atto: Neuropsicomotricità (3 volte a settimana), Logopedia (3 volte a settimana)

**Osservazioni emerse**

Ciardi Christian, 8 anni, con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.

Durante il colloquio, il minore si è presentato curato nell'igiene e nell'ordine, ma piuttosto agitato, tanto che l'incontro è proseguito solo con la madre, mentre il bambino è stato affidato al nonno.

La Signora Magliulo riferisce che intorno ai 18 mesi Christian ha avuto una totale regressione, seguita dalla diagnosi. Descrive il processo di accettazione come inizialmente difficile, ma sottolinea che successivamente sono stati attivati gli strumenti necessari per garantire un adeguato sostegno al bambino.

**Contesto scolastico**

Il minore frequenta il secondo anno della scuola primaria con il supporto di un insegnante di sostegno.

La madre considera l'ambiente scolastico favorevole e supportivo, capace di promuovere le competenze educative e scolastiche. L'integrazione con i pari risulta buona.

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto da madre, padre, un fratellino e Christian.

La famiglia si sostiene economicamente grazie al reddito del padre, marittimo, e all'assegno di accompagnamento percepito per il minore.

La madre descrive un contesto familiare sereno, con una buona rete familiare, capace di fornire supporto in caso di necessità.

Torre del Greco, 02-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	02-04-2025
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344
Luogo	CASTELLAMMARE DI STABIA		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	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	si	
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza		
Trattamento riabilitativo:	Privato	Pubblico e privato
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	Magliulo	Nome	Sabrina
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3884386314
Condizione professionale	casalinga		
2)Cognome	Ciardi	Nome	Pasquale
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	
Condizione professionale	marittimo		
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	madre, padre, 2 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, 02-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa





AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

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

Colloquio con la madre:

Persistono crisi di agitazione motoria pluriquotidiane. in trattamento farmacologico con Aripiprazolo sol. orale 1 mg/ml: 10 mg l Depakin bustine 250mg: 750mg, Risperidone sol.orale: 1.5, Cannabidiolo 0,3/die

Alimentazione attuale completa e varia. Ritmo sonno-veglia regolare. Frequenta la seconda classe di primaria di primo grado con ausilio di sostegno. Prosegue training per CAA (Pecs) con parziale miglioramento delle funzioni comunicative soprattutto richieste ad alta motivazione (bibite, cibo), tuttavia non vengono utilizzate in ambito familiare o scolastico.

La madre riferisce che esegue periodicamente controlli ematochimici e cardiologici.

Prosegue trattamento riabilitativo come da indicazioni del medico prescrittore mirato al globale potenziamento dello sviluppo, con particolare riferimento alle autonomie personali di base.

Torre del Greco,09-04-2025

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.

SALZANO ANTONIO

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	ASD in trattamento farmacologico
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE13
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 globale	
--------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Lavorare sul comportamento adattivo e supporto alle autonomie, comunicazione aumentativa alternativa.
---

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

Tipologia Trattamento:	NPEE 3/6 (90 gg poi sospende), Logopedia 3/6, TO 2/6 (in attesa di integrazione)
Frequenza:	8/6 ( per 90 gg poi 5/6)
Durata:	240 gg (npee 90 gg poi sospende)

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

--

Data	10/04/2025	Responsabile del progetto	ASL NA 3 SUD
------	------------	------------------------------	--------------

Torre del Greco, 10-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 adattive, comunicative e nelle autonomie
---

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavorare sul comportamento adattivo e supporto alle autonomie, comunicazione aumentativa alternativa.
---

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

NPEE 3/6 (per 90 gg poi sospende), Logopedia 3/6, TO 2/6 (IN ATTESA)
--

**OPERATORI:**

TNPEE Dott.ssa Maria Ersilia Barra
Logopedia Dott.ssa Stefania Mirone
TO (in attesa di integrazione)

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A metà e fine ciclo

**RISULTATO**

Data	10/04/2025	Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	ASL NA 3 SUD
------	------------	---	--	--	--------------

Torre del Greco,10-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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 terapisti: si utilizza il Protocollo H.

Torre del Greco,10-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	CIARDI	Nome	CHRISTIAN
Data di nascita	27-10-2016	Cartella Clinica n.	7344

**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:	A.S.D.		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	A.S.D in trattamento farmacologico		

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

Osservazione finale di dimissione:			
<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:</b>			
Continua il trattamento riabilitativo come da nuova prescrizione ASL			
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:</b>			
<b>Note:</b>			

**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:	10/04/2025	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,10-04-2025