

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo del linguaggio di tipo misto in bambino con epilessia
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE08
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

Migliorare le abilità linguistiche su tutti i livelli in input e output

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

Tipologia Trattamento:	Log 3/6
Frequenza:	3/6
Durata:	180gg

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	18-11-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco,18-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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 di linguaggio

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare le abilità linguistiche su tutti i livelli in input e output

METODOLOGIE OPERATIVE:

Logopedia 3/6

OPERATORI:

Log Dott.ssa M. Lombardo

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

--

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

Torre del Greco,18-11-2024

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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

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

Torre del Greco,18-11-2024

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Codice Fiscale	SRRMNL19L18L259Z
Comune Residenza	TORRE DEL GRECO	Provincia	NA
Indirizzo	via san nazzaro 5h	CAP	80059
Prescrittore			
Asl e Distretto		Telefono	3481188831
Data ammissione	15-11-2024	Data dimissione	

DIAGNOSI

CODICE DISTURBO DEL LINGUAGGIO DI TIPO MISTO
 CON BAMBINO CON EPILESSIA

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

La madre riferisce che il fratellino di Manuel, di 8 anni ha sofferto di crisi convulsive febbrili e fino a circa un anno fa ha assunto farmaco terapia. Anche nella linea paterna, una nipotina è affetta da epilessia e assume farmacoterapia.

ANAMNESI FISIOLOGICA:

Nato da TC a termine. Allattamento materno per 2 mesi, successivamente latte artificiale. Svezamento nella norma. Deambulazione autonoma a 12 mesi.

ANAMNESI REMOTA:

Non riferite patologie degne di nota.

ANAMNESI PROSSIMA

Presenta ritardo di linguaggio .

ANAMNESI PATOLOGICA:

Genetica:	Effettuate indagini genetiche circa familiarità per epilessia, risultate negative.
Metab - Endocr:	/
Neurologica:	/
Ortopedica:	/
Chirurgica:	/
Infettiva:	Ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie.
Altro:	

ANAMNESI RIABILITATIVA:

Effettua terapia logopedica

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

Genetica:	
Metab - Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Torre del Greco,18-12-2024

MEDICO SPECIALISTA

Dott.ssa

PELUSO LAURA

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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

Manuel ha 5 anni e frequenta la scuola materna. Labilità attenta, non del tutto adeguato il rispetto delle regole. Scarsa tolleranza alle frustrazioni. Buona l'interazione con l'interlocutore. Il linguaggio d'espressione è inficiato da lievi alterazioni fonarticolatorie, morfosintattiche e semantico lessicali, frase ipostrutturata. Comprensione valida per consegne semplici e doppie. Enumera correttamente fino a 10. Inizia terapia logopedica.

Torre del Greco, 18-12-2024

MEDICO SPECIALISTADott.ssa
PELUSO LAURA

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

In data 18 Dicembre 2024 si è svolta la visita foniatria con il paziente Sorrentino Manuel, di età 5.

Accompagnato dalla madre, la quale riferisce prime crisi epilettiche all'età di 2 anni, che ora sembrerebbero essersi stabilizzate, che sembrerebbero aver riportato un lieve ritardo cognitivo. Ha assunto il Depakin per le crisi fino all'anno scorso.

Spannolinamento nella norma, a 2 anni, prime parole a 9 mesi solo mamma e papà, fino ai 2 anni. Dorme da solo.

Ha svolto logopedia privata per 3 anni, tramite la quale la madre riferisce ci siano stati grandi miglioramenti.

Nessun'altra sintomatologia fisica presente.

Il bambino durante il colloquio appare tranquillo, responsivo.

Alimentazione e sonno regolare. Adeguate le autonomie.

La madre riferisce poco rispetto delle regole, ma durante il colloquio si evidenzia un buon controllo educativo da parte dei genitori.

I suoi interessi sono focalizzati sulle costruzioni ed i lego.

Torre del Greco, 23-12-2024

CASE MANAGER

dott.ssa
BIBIANI ERICA

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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

Manuel è un bambino molto attento e collaborante. Giunge in terapia accompagnato dalla madre, che riferisce disturbo del linguaggio non ancora recuperato nonostante un ciclo di terapie effettuate in precedenza.

Frequenta la scuola dell'infanzia, prassi grafomotorie leggermente deficitarie.

Il linguaggio risulta essere deficitario sul piano fonetico - fonologico e sul piano morfosintattico-narrativo.

in alcuni atteggiamenti mostra poca flessibilità e preferisce riprodurre la solita routine.

TESTS SOMMINISTRATI:

bilancio fonetico

Ime

osservazione logopedica

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

stimolare le competenze fonetico-fonologiche.

allenare la discriminazione uditiva e visiva.

migliorare il livello morfosintattico e narrativo.

Data:	27/12/24
--------------	----------

Torre del Greco,15-01-2025

SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	12-02-2025
-------------------	------------

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	infanzia

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
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	Rocchino	Nome	Pasqualina
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3481188831
Condizione professionale	casalinga		
2)Cognome	Sorrentino	Nome	Vincenzo
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
Condizione professionale	operaio		
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, 12-02-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 12 Febbraio 2025**Partecipante al colloquio:** Sig.ra Rocchino Pasqualina**Intervento riabilitativo in corso:** Logopedia 3/6**Diagnosi:** Disturbo del linguaggio di tipo misto in bambino con epilessia**Osservazioni emerse**

Durante il colloquio, la madre appare provata dal percorso clinico del figlio. Riferisce che Manuel ha avuto la sua prima crisi epilettica all'età di due anni, seguita da numerosi altri episodi finché non è stata individuata la terapia farmacologica adeguata. Attualmente, gli attacchi epilettici si sono ridotti quasi a zero, consentendo al bambino di condurre una vita relativamente normale. Tuttavia, persistono difficoltà nell'area linguistica, per le quali è in corso un intervento logopedico.

Contesto scolastico

Manuel frequenta la scuola dell'infanzia senza il supporto di strumenti compensativi specifici. La madre descrive l'ambiente scolastico come sereno e favorevole allo sviluppo delle sue competenze. Il bambino appare ben integrato nel contesto educativo e sociale, partecipando attivamente alle attività scolastiche.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dai genitori, da un fratello maggiore di otto anni e dal minore in carico. La famiglia si sostiene economicamente grazie al reddito del padre, operaio presso il porto di Napoli, e all'indennità di frequenza percepita per Manuel.

La madre descrive un contesto familiare sereno, caratterizzato da una rete di supporto stabile e presente, che fornisce un aiuto concreto nella gestione delle attività quotidiane e nelle necessità del bambino. Il contesto appare adeguato alla crescita e allo sviluppo armonioso dei minori, con particolare attenzione alle specifiche esigenze di Manuel.

Torre del Greco,13-02-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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

Torre del Greco,24-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

SEZIONE 6N - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI**RELAZIONE TRIMESTRALE:****DIAGNOSI:**

ritardo del linguaggio misto in sogg con epilessia

SITUAZIONE ATTUALE:

Manuel partecipa con grande entusiasmo alle attività proposte, si lavora sul versante fonologico e morfosintattico del linguaggio. e si lavora sulla stimolazione e l'evoluzione delle abilità grafomotorie.

stimolazione cognitiva globale

OBIETTIVI:

migliorare il linguaggio sia in input che output.

migliorare le abilità grafiche.

METODOLOGIE E TRATTAMENTI:

esercizi di denominazione, costruzione della parola e della frase, discriminazione coppie minime.

VALUTAZIONI E RISULTATI:

appreso e generalizzato il fono /v/. Si lavora attualmente con /l/ in coarticolazione.

Torre del Greco,24-02-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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

Manuel ha 5 anni. Frequenta la scuola materna. Condotta lievemente inibitoria. Tino di voce sussurrato. Lievi imperfezioni dell'output fonoarticolatorio , morfosintattico e semantico lessicale. Ha sospeso farmaco anti epilettico dal luglio 2024 con nessun episodio manifestatosi. Continua terapia logopedica in atto.

Torre del Greco,11-04-2025

MEDICO SPECIALISTA

Dott.ssa

PELUSO LAURA

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO
CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE

In data 11/04/25 si effettua colloquio, la situazione è rimasta invariata.

Torre del Greco, 11-04-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa
AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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

Manuel collabora in maniera attiva alle consegne, propone lui stesso giochi e attività nel setting logopedico. Il linguaggio è notevolmente migliorato sia nel livello fonologico che morfosintattico così come l'organizzazione del pensiero e della narrazione. Si lavora attualmente con le parole a struttura complessa e a bassa frequenza di uso.

Migliorate anche le attività prassi che grafomotorie.

TESTS SOMMINISTRATI:

Osservazione logopedica e valutazione del linguaggio

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Migliorare l' output del linguaggio in particolare il livello fonologico e narrativo.

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

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

Torre del Greco,07-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo del linguaggio
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE08
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

Migliorare l'output del linguaggio a livello fonologico, morfosintattico e narrativo. Sostenere i prerequisiti degli apprendimenti.

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

Tipologia Trattamento:	Log 2/6
Frequenza:	2/6
Durata:	180gg

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

--

Data	15/05/2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco,15-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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 di linguaggio

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare l'output del linguaggio a livello fonologico, morfosintattico e narrativo. Sostenere i prerequisiti degli apprendimenti.

METODOLOGIE OPERATIVE:

Logopedia 2/6

OPERATORI:

Log Dott.ssa M. Lombardo

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

Data	15/05/2025	Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	------------	---	--	--	--

Torre del Greco,15-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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

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

Torre del Greco,15-05-2025

PAZIENTE:

Cognome	SORRENTINO	Nome	MANUEL
Data di nascita	18-07-2019	Cartella Clinica n.	7933

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:	Disturbo del linguaggio		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Disturbo del linguaggio		

**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:			
Continua il trattamento abilitativo 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:			
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:	15/05/2025	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore)			

Torre del Greco,15-05-2025