

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo dello spettro autistico, Trilogia di Fallot
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	
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:	Terapia occupazionale
Frequenza:	3/6
Durata:	180 gg

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

--

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

Torre del Greco, 10-08-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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; cardiopatia

**ELENCO OBIETTIVI**

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

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 3/6

**OPERATORI:**

Terapista occupazionale

**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, 10-08-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

11 anni, ha frequentato la V con sostegno.

Diagnosi di disturbo disarmonico pervasivo dello sviluppo, Trilogia di Fallot.

Ha un linguaggio mimico gestuale. Non struttura una frase nè pronuncia parole.

Uso molto strumenti informatici, andrebbe distolto. Ha anche un comunicatore che tuttavia utilizza per comunicare solo in terapia e forse a scuola. Molto spesso lo stesso viene usato per "giocare".

Sul piano abilitativo continua il trattamento di Terapia Occupazionale 3/6 per il potenziamento del comportamento adattivo, l'acquisizione di autonomie personali e sociali, lo sviluppo delle competenze comunicative verbali e non verbali.

Torre del Greco, 10-08-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 indicati nella prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista: si utilizza il Protocollo H.

Torre del Greco, 10-08-2022

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo dello spettro autistico - F84
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE15 Menomaz.disabilitanti età evolutiva (MEE)-sindromi e disturbi della sfera emozionale c esordio
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:	
6. prognosi (tabella D)	Scala:	

**OUTCOME GLOBALE**

Favorire adattamento all'ambiente	
-----------------------------------	--

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare le autonomie personali e domestiche.
Supportare competenze comunicative
Destruzzurare comportamenti problema e modalità reattive inadeguate

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

Tipologia Trattamento:	TO
Frequenza:	3/7
Durata:	

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

--

Data		Responsabile del progetto	
------	--	---------------------------	--

Torre del Greco, 02-02-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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:**

Quadro clinico stazionario. Autonomie carenti per età. Acquisito controllo sfinterico. Ancora non avviate piccole autonomie domestiche.

Linguaggio assente, non generalizzato uso del comunicatore. Presente intolleranza alle frustrazioni con autoaggressività.

**ELENCO OBIETTIVI**

Incrementare abilità di adattamento.

Supportare acquisizione di autonomie basilari (lavare mani e denti, vestirsi/spogliarsi, apparecchiare/sparecchiare, autonomie domestiche).

Destruzzurare intolleranza alle frustrazioni.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

terapia occupazionale 3/7

**OPERATORI:**

terapista occupazionale

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

valutazione clinica a termine (VABS-II; ABC)

**TEMPI DI VERIFICA:**

a sei mesi di trattamento

**RISULTATO**

Data		Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	

Torre del Greco, 02-02-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Pietro di 11 anni seguito per disturbo dello spettro autistico in TO a frequenza trisettimanale. Frequenta struttura di educativa territoriale a frequenza trisettimanale.

Attualmente frequenta la I media con sostegno per tutte le ore, riferito buon adattamento al setting scolastico.

Ritmo sonno veglia regolare, alimentazione completa e varia.

All'osservazione paziente tranquillo, poco responsivo agli stimoli e alle richieste dell'altro. La comunicazione è prevalentemente non verbale mediante uso strumentale dell'altro. Utilizza comunicatore per CAA da circa sei anni ma non è riuscito a generalizzare la modalità richiestiva utilizzandolo in modo efficace prevalentemente in classe.

Autonomie carenti per età, ha acquisito controllo sfinterico, necessita della figura materna per tutte le autonomie domestiche e personali eccetto alimentarsi: non è in grado di lavare i denti da solo, vestirsi, fare doccia in autonomia, mettere le scarpe, difficilmente segue le consegne per aiutare l'adulto in ambito domestico; riesce a spogliarsi.

Riferita intolleranza alle frustrazioni a cui può reagire con morsi alla mano (evidenti lesioni). Si forniscono consigli alla madre sulla gestione dei comportamenti disfunzionali del piccolo (scarpe).

Prosegue trattamento di terapia occupazionale in atto a frequenza trisettimanale.

Torre del Greco, 02-02-2023

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.ssa

CAVALLARO FRANCESCA

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Pietro, 11 anni, frequenta la prima media con sostegno ed è sottoposto a trattamento abilitativo per "Disturbo dello spettro autistico e trilogia di Fallot".

Pratica TO 3/6 e frequenta struttura educativa territoriale a frequenza trisettimanale.

Pietro è descritto dalla madre come un bambino tranquillo, mostra buon adattamento al setting scolastico e appare ben integrato nel gruppo classe. Tuttavia, mostra scarsa tolleranza alla frustrazione e ai dinieghi in seguito ai quali tende ad assumere condotte autolesionistiche. Non sono riferite significative alterazioni riguardo l'alimentazione o il sonno, né ulteriori problematiche comportamentali ad eccezione della tendenza a togliersi le scarpe. Controllo sfinterico acquisito da circa 6 mesi. Necessita di aiuto per lo svolgimento di attività quali lavarsi e vestirsi; riesce a spogliarsi autonomamente. Durante la visita, mostra un buon adattamento al setting ma appare poco responsivo a stimoli e richieste. La comunicazione è prevalentemente non verbale. Usufruisce di un comunicatore per la CAA da circa sei anni, che utilizza prevalentemente in classe.

Torre del Greco, 02-02-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 al terapista: si utilizza il Proptocollo H.

Torre del Greco, 07-03-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Questo clinico registra la presa in carico del paziente per il trattamento di Terapia Occupazionale . IL focus del trattamento sarà centrato sui livelli di funzionamento del bambino che allo stato attuale non risultano conformi allo status di età cronologica , sia nella vita quotidiana personale e sociale, aiutando il bambino nelle elaborazioni e adattamenti quotidiani e nei vari setting. E' necessario per tanto sviluppare con il paziente una buona relazione terapeutica e collaborazione. Il bambino presenta mancata comunicazione verbale e usufruisce dell'ausilio del tablet sia per attività ludico terapeutiche che per comunicare.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

--

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Si procede con il trattamento a sostegno e sviluppo delle interazioni sociali e acquisizione di autonomie personali e sociali.

<b>Data:</b>	20.02.23
--------------	----------

Torre del Greco,03-07-2023

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
GRIPPO TIZIANA

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
1	migliorare le autonomie personali e domestiche	SI P.R. NO
2	supportare le competenze comunicative	SI P.R. NO
3	destrutturare comportamenti problema e modalità reattive inadeguate	SI P.R. NO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

allo stato attuale non si registrano significativi miglioramenti da segnalare.

**Data:** 18.04.23

Torre del Greco, 03-07-2023

**TERAPISTA**  
 Dott.ssa  
 GRIPPO TIZIANA

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

N.	OBIETTIVI	RAGGIUNTO
1	migliorare le autonomie personali e domestiche	SI P.R. NO
2	supportare competenze comunicative	SI P.R. NO
3	destrutturare comportamenti problema e modalità reattive inadeguate	SI P.R. NO
		SI P.R. NO

**SITUAZIONE ATTUALE:**

allo stato attuale permangono difficoltà nella comunicazione e nella gestione di situazioni non per lui di routine dove il bambino manifesta comportamenti disfunzionali.

**Data:** 19.05.23

Torre del Greco, 03-07-2023

**TERAPISTA**  
 Dott.ssa  
 GRIPPO TIZIANA

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Pietro di 12 anni seguito per disturbo dello spettro autistico in TO a frequenza trisettimanale.

Frequenta struttura di educativa territoriale a frequenza trisettimanale.

Ha terminato la I media con sostegno per tutte le ore, con buon adattamento al setting scolastico e alle regole.

Ritmo sonno veglia regolare, alimentazione completa e varia.

All'osservazione buono l'adattamento al setting e alle regole con ottima tolleranza alle attese. Persiste difficoltà nella responsività agli stimoli proposti con predilezione nell'utilizzo di dispositivi elettronici (video).

La comunicazione è prevalentemente non verbale mediante uso strumentale dell'altro, carente la comunicazione delle proprie frustrazioni a cui tendenza a reagire con disregolate ed inadeguate ( agiti autoaggressivi, morsi, urla). Tali condotte sono riferite in riduzione negli ultimi anni.

Utilizza comunicatore per CAA da circa sei anni ma non è riuscito a generalizzare la modalità richiestiva utilizzandolo in modo efficace prevalentemente in classe.

Autonomie ancora deficitarie per età, ha acquisito controllo sfinterico, necessita della figura materna la maggior parte delle autonomie domestiche e personali. Ha avviato autonomie nella toilette, sta iniziando a lavare denti da solo, lavarsi, vestirsi. Migliorata l'accettazione delle richieste da parte dell'adulto in ambito domestico.

Riferito notevole miglioramento nella tolleranza alle attese e nella comprensione di richieste semplici e dirette.

Si forniscono consigli alla madre sulla gestione dei comportamenti disfunzionali del piccolo (rigidità comportamentale, sottolineando la necessità di prevenire comportamenti rigidi e favorire la variabilità di contesto. Prosegue trattamento di terapia occupazionale in atto a frequenza trisettimanale.

Torre del Greco, 14-07-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Pietro è in carico presso la nostra struttura da questo clinico per la TO a frequenza monosettimanale. Il bambino si appropria al setting terapeutico il più delle volte tranquillo, anche se rosutlo poco responsivo agli stimoli e alle richieste dell'altro. La comunicazione è prevalentemente non verbale mediante uso strumentale dell'altro. Utilizza comunicatore per CAA ma non è ancora in grado di generalizzare la modalità richiestiva utilizzandolo in modo efficace. Il focus del trattamento in TO è stato concentrato sulle autonomie che risultano carenti per età, ma ha acquisito controllo sfinterico, seppure si avvale di figure di riferimento per gran parte delle autonomie domestiche e personali. Permane intolleranza alle frustrazioni a cui Pietro reagisce spesso con morsi alla mano o comportamenti problema anche fisici nei confronti dell'altro. Pietro lavora bene per immagini con le quali siamo riuciti a fare la discriminazione di alcune categorie come cibi, animali, colori.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Nessuno

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Si prosegue il trattamento in TO al fine di migliorare le autonomie personali e domestiche, supportare competenze comunicative e destrutturare comportamenti problema e modalità reattive inadeguate

OBIETTIVI:	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO

<b>Data:</b>	14.07.23
--------------	----------

Torre del Greco, 17-07-2023

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
GRIPPO TIZIANA

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot
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 del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali
---

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

Tipologia Trattamento:	Terapia occupazionale 1/6
Frequenza:	1/6
Durata:	180 gg

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

--

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

Torre del Greco, 02-08-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 e nelle autonomie personali e sociali

**ELENCO OBIETTIVI**

Sviluppo del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 1/6

**OPERATORI:**

Terapista occupazionale

**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, 02-08-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 al terapista: si utilizza il Proptocollo H.

SVILUPPO DELL'INTERAZIONE SOCIALE E DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO - Incremento dell'interazione visiva e del contatto corporeo - Impostazione del comportamento adattivo - Contenimento dell'iperattività

ACQUISIZIONE DELLE AUTONOMIE PERSONALI E SOCIALI - Counseling e Training alimentare - Counseling e Training per l'abbigliamento - Counseling e Training per l'igiene personale;

Torre del Greco, 02-08-2023

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Disturbo dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot		

**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 abilitativo 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 (genitore/tutore se minore)			

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto abilitativo: sviluppo del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali. Discontinua la compliance al trattamento e le risposte, con tempi attentivi estremamente ridotti e scarsa tolleranza alle frustrazioni con conseguenti condotte autolesive. Occasionale l'assunzione di condotte aggressive etero-dirette attuate solo ed esclusivamente come strategie di evitamento dal compito. Si interviene potenziando tempi attentivi, motricità fine e abilità di gioco condiviso. Continua il trattamento abilitativo come impostato.

Torre del Greco, 26-02-2024

**CASE MANAGER**  
Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Paziente seguito per Disturbo dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot. In trattamento riabilitativo tipo TO 1/7. Pratica attività educative territoriali. Attualmente inserito in seconda classe di scuola secondaria di grado inferiore con ausilio del docente di sostegno. Ritmo sonno-veglia regolare, alimentazione selettiva con esclusione di alcuni alimenti. Assume nutraceutico (AnsioPed) da circa 3 mesi con riferito beneficio sul profilo comportamentale. Presenti comportamenti di natura autoaggressiva associati ad irritabilità, maggiormente presenti in passato, in attuale buona evoluzione positiva. Tali aspetti risultano soprattutto secondari a stati di frustrazione. Autonomie personali fortemente sottodimensionate con necessità di aiuto da parte delle figure di riferimento nell'espletamento di molte attività routinarie (legate anche all'igiene personale ed al vestiario). All'osservazione clinica si apprezza linguaggio di espressione verbale composto principalmente da vocalizzi non eterodiretti. Frequenti manierismi motori. Incostante l'attenzione alle consegne proposte. Presente immaturità delle prassie fino motorie. Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore mirato al potenziamento delle funzioni adattive globali mediante anche progressivo rafforzamento dell'area prassica.

Torre del Greco, 20-03-2024

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	20-03-2024
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011 (12 anni)	Cartella Clinica n.	6544
Luogo	SCAFATI		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	Il superiore

Insegnante di sostegno:	SI	NO + educatore
È avvenuta la presa in carico dei servizi sociali?	SI	NO Centro polifunzionale

### 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	1/6 T.O	
Trattamento riabilitativo:	Privato	Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI	NO
Se si, indicare quali?		

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	D'Auria	Nome	Mariangela
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3339815427 M
Condizione professionale	consulente		
2)Cognome	D'Angelo (padre)	Nome	Aurelio
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	
Condizione professionale	disoccupato		
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, madre e nonni materni.  La signora riferisce una presenza costante del padre, il quale esercita la responsabilità genitoriale separatamente. Separazione consensuale.		
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?	Centro Oikos
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 Orientamento Bonus sociali utenze Orientamento Disability card Altro (specificare)
I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità	Non ha avuto difficoltà Difficoltà di accesso alle informazioni Tempi lunghi per avere la diagnosi Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico Problemi economici Problemi di inserimento nella società Problemi nelle relazioni con amici e parenti Problemi di conflittualità familiare Solitudine Altro (specificare)
La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

Torre del Greco, 20-03-2024

### ASSISTENTE SOCIALE

 Dott.ssa  
 Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot
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 funzioni adattive, sulle autonomie sociali e personali.
Ridurre aspetti di d'iperattività

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

Tipologia Trattamento:	Terapia occupazionale 1/6
Frequenza:	1/6
Durata:	240gg

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

--

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

Torre del Greco, 09-04-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 e nelle autonomie personali e sociali

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavorare sulle funzioni adattive, sulle autonomie sociali e personali.

Ridurre aspetti di d'iperattività

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 1/6

**OPERATORI:**

Terapista occupazionale Dott.ssa Tiziana Grippo

**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, 09-04-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 al terapista: si utilizza il Proptocollo H.

Torre del Greco, 09-04-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Disturbo dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot		

**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 abilitativo 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 (genitore/tutore se minore)			

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Paziente seguito per Disturbo dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot. In trattamento riabilitativo tipo TO 1/7. Pratica attività educative territoriali a frequenza trisettimanale. Attualmente frequenta la terza classe della scuola secondaria con ausilio del docente di sostegno. Ritmo sonno-veglia regolare, alimentazione selettiva con esclusione di alcuni alimenti, ma più varia rispetto al controllo precedente. Persiste la presenza di comportamenti di natura autoaggressiva associati ad irritabilità, soprattutto secondari a stati di frustrazione. Tali comportamenti sono presenti con minore frequenza rispetto al passato.

Autonomie personali non in linea per età, ma in espansione; il ragazzo necessita di aiuto da parte delle figure di riferimento nell'espletamento di molte attività routinarie (legate anche all'igiene personale ed all'vestiario). Alla visita odierna la madre riferisce lieve miglioramento del quadro clinico, verbalizza maggiore spinta sociale, migliore interazione con i pari e maggiore tolleranza ai tempi di attesa. All'osservazione odierna Pietro si mostra poco interessato all'ambiente e ai materiali messi a disposizione, preferendo l'utilizzo dello smartphone. Il linguaggio si caratterizza per la presenza di vocalizzi non eterodiretti. Frequenti manierismi motori. Incostante l'attenzione alle consegne proposte.

Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore.

Torre del Greco, 20-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

In data 20 novembre 2024 si effettua colloquio con la madre di Pietro, la quale riferisce autonomie personali e sociali in evoluzione migliorativa. Riferito un buon adattamento al contesto scolastico.

Pietro non è collaborativo e preferisce subito uscire dal setting di visita.

Legge 104/92 art 3 comma 3

Percepisce indennità di accompagnamento e assegno di cura

Frequenta volentieri il Centro Oikos 3/7

Trattamento riabilitativo in atto: 1/7 T.O

Presente la rete familiare

Torre del Greco, 20-11-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto abilitativo: lavorare sulle funzioni adattive, sulle autonomie sociali e personali. Ridurre aspetti di d'iperattività. Scarsa la compliance al trattamento e le risposte. Autonomie personali non in linea per età: il ragazzo necessita di aiuto da parte delle figure di riferimento nell'espletamento di molte attività routinarie (legate anche all'igiene personale ed al vestiario). Continua il trattamento abilitativo così come quanto impostato.

Torre del Greco, 25-11-2024

**CASE MANAGER**

Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot
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 sociali e personali.
---

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

Tipologia Trattamento:	Terapia occupazionale 1/6
Frequenza:	1/6
Durata:	240gg

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

--

Data	26/11/2024	Responsabile del progetto	ASL NA 3 SUD
------	------------	---------------------------	--------------

Torre del Greco, 26-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 delle autonomie sociali e personali.

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavorare sulle autonomie sociali e personali.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 1/6

**OPERATORI:**

Terapista occupazionale Dott.ssa Tiziana Grippo

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A metà e fine ciclo

**RISULTATO**

Data	26/11/2024	Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	ASL NA 3 SUD
------	------------	---	--	--	--------------

Torre del Greco, 26-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 al terapista: si utilizza il Protocollo H.

Torre del Greco, 26-11-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	D'ANGELO	Nome	PIETRO
Data di nascita	18-04-2011	Cartella Clinica n.	6544

**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 dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Disturbo dello spettro autistico, Tetralogia di Fallot		

**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 abilitativo 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:	26/11/2024	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 26-11-2024