

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO |
|----|---|------------|
| | Autonomie personali e sociali | SI P.R. NO |
| | Strategie di problem solving situazionale e sociale | SI P.R. NO |
| | Apprendimenti area spazio/tempo ed uso del denaro | SI P.R. NO |
| | | SI P.R. NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

All'attuale valutazione il trattamento terapeutico in corso continua al fine di raggiungere gli obiettivi sopra elencati, migliorare l'apertura relazionale e l'adattamento .

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 29/06/2022 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 29-06-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO |
|----|-------------------------------|------------|
| | Autonomie personali e sociali | SI P.R. NO |
| | Uso del denaro | SI P.R. NO |
| | Strategie di problem solving | SI P.R. NO |
| | | SI P.R. NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

All'attuale valutazione le abilità inerenti all'uso del denaro risultano discrete , persistono difficoltà per quel che concerne le strategie di problem solving. Il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di raggiungere un 'evoluzione migliorativa degli obiettivi sopra elencati e supportare gli apprendimenti.

Data: 29/07/2022

Torre del Greco, 29-08-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

All'attuale valutazione si evidenza un'evoluzione migliorativa per ciò che concerne l'apertura relazionale. Le abilità di vestizione risultano adeguate e l'esecuzione del laccio è stata acquisita. Il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di potenziare le autonomie personali e sociali, ampliare gli spazi di socializzazione extra-familiari e scolastici, migliorare le abilità relazionali e di riconoscimento delle emozioni proprie ed altrui. Dall'ultima valutazione finale, si riscontrano riduzioni minime delle stereotipie e dei comportamenti e pensieri rigidi per cui sarà questo l'obiettivo principale su cui impostare il piano di lavoro, unitamente al potenziamento delle strategie di problem solving situazionale e sociale e al supporto degli apprendimenti (orologio ed uso del denaro).

TESTS SOMMINISTRATI:

Colloquio clinico

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Stimolazione cognitiva, comportamentale e relazionale globale ; Potenziamento delle autonomie personali e sociali; Supporto degli apprendimenti e delle strategie di problem solving situazionale e sociale

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

Data: 03/10/2022

Torre del Greco, 03-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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, acquisizione delle autonomie personali e sociali |
|--|

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

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occupazionale |
| Frequenza: | 2/6 |
| Durata: | 180 gg |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

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

| progetto |

Torre del Greco, 06-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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 relazionali e nelle autonomie

ELENCO OBIETTIVI

Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Terapia occupazionale 1/6

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, 06-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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, 06-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

All'attuale valutazione non si registrano variazioni rispetto alla precedente relazione finale . Il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di potenziare le autonomie , supportare gli apprendimenti e le strategie di problem solving situazionale e sociale .

TESTS SOMMINISTRATI:

| |
|--|
| |
|--|

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Stimolazione cognitiva globale ; potenziare le autonomie , gli apprendimenti e le strategie di problem solving situazionale e sociale .

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 15/10/2022 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,15-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

14 anni frequenta la 3° media con sostegno.

In trattamento di TO 2 sett e Pt 1 sett (la PT è in chiusura) in relazione ad un disturbo dello spettro autistico alto funzionamento.

Si conferma la buona evoluzione del dato funzionale .

Evoluzione positiva sul piano funzionale. Potenziate le autonomie personali e sociali. Anche i problemi alimentari si stanno risolvendo anche grazie ad un progetto dedicato a scuola.

Bene la frequenza scolastica e l'inserimento.

Le competenze intellettive sono buone se rapportate alla diagnosi. Bene la socialità.

In relazione all'ampliamento delle autonomie funzionali si valuti la possibilità di attuare delle uscite terapeutiche volte a sperimentare le funzioni esecutive (compra vendita e similari).

I genitori e la Direzione Sanitaria devono autorizzare il dato.

L'intervento abilitativo va ed è orientato al potenziamento delle abilità funzionali ed al sostegno emotivo.

Sul piano abilitativo prosegue nell' iter in atto.

24.10.2022

Torre del Greco, 24-10-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO |
|----|---|------------|
| | Autonomie personali e sociali | SI P.R. NO |
| | Uso del denaro e dell'orologio | SI P.R. NO |
| | Strategie di problem solving situazionale e sociale | SI P.R. NO |
| | | SI P.R. NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

Quadro clinico stazionario , il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di raggiungere un ' evoluzione migliorativa che investa tutte le aree

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 16/12/2022 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,16-12-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO |
|----|---------------------------------|------------|
| | Autonomie sociali | SI P.R. NO |
| | Strategie di problem solving | SI P.R. NO |
| | Apprendimenti area spazio/tempo | SI P.R. NO |
| | | SI P.R. NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

Non risultano variazioni da segnalare il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di migliorare le autonomie e le strategie di problem solving.

| | |
|--------------|----------|
| Data: | 16/02/23 |
|--------------|----------|

Torre del Greco, 02-03-2023

TERAPISTA
Dott.ssa
TUFANO GRAZIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Francesco di quasi 15 anni seguito per la presenza di Disturbo dello spettro autistico in trattamento con TO a frequenza bisettimanale.

Attualmente frequenta la III media con sostegno per tutte le ore di frequenza.

All'osservazione buon adattamento al setting e al colloquio con evidente volontà di affidamento all'altro. Le competenze relazionali appaiono in evoluzione migliorativa nello scambio con l'altro tuttavia emergono ancora notevoli carenze nella comprensione degli stati mentali propri ed altrui con conseguente difficoltà ad accedere ai propri vissuti personali. Il linguaggio è adeguatamente strutturato sul piano morfologico tuttavia la frase risulta semplice, la prosodia e il ritmo appaiono peculiari; scarso il supporto del canale non verbale. La conversazione risulta ancora carente.

Il pensiero appare congruo con tendenza alla concretezza e difficoltà nelle competenze astrattive. Adeguato l'esame di realtà e l'orientamento spazio temporale.

Alla luce delle difficoltà evidenti sul piano emotivo relazionale, data la fase di maggiore fragilità presentata dal ragazzo, utile valutare, in accordo con il prescrittore, ripresa di percorso psicoterapico.

Prosegue terapia occupazionale al fine di lavorare sull'acquisizione delle autonomie personali e sociali previste per età.

Utile inserimento in attività ludico ricreativa di pari.

Torre del Greco, 20-03-2023

MEDICO SPECIALISTA

Dott.ssa
CAVALLARO FRANCESCA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Francesco, 14 anni, frequenta la III media con sostegno per tutte le ore e riferito buon adattamento al setting scolastico e al gruppo dei pari. È sottoposto a trattamento abilitativo per “Disturbo dello spettro autistico”. Effettua TO 2/6.

Durante la visita, avvenuta in data 20/03/2023 mostra un buon adattamento al setting e alle regole, appare socievole, risponde alle domande poste dal clinico e parla volentieri dei suoi innumerevoli interessi. Il linguaggio è adeguatamente strutturato sul piano morfologico e soltanto occasionalmente, lievemente intelligibile. Conversazione ancora carente. Ritmo e prosodia peculiari. Riferite difficoltà nella manifestazione dei propri stati d'animo e conseguente scarse capacità di riconoscimento degli stati mentali propri e altrui. Presenti difficoltà nelle competenze astrattive. Autonomie in linea per età; presenti difficoltà a ricordarsi dello svolgimento di attività di vita quotidiana finalizzate all'igiene personale e la cura di sé.

Torre del Greco, 20-03-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa
MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

All'attuale valutazione gli apprendimenti relativi all'area spazio/tempo e all'uso del denaro risultano adeguati . Le autonomie personali risultano discrete mentre le autonomie sociali non risultano ancora adeguate. Il lavoro clinico è orientato al potenziamento delle autonomie sociali e quotidiane, all'ampliamento degli spazi di socializzazione extra familiari e scolastici e al miglioramento delle abilità relazionali e di riconoscimento delle emozioni proprie e altrui .

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Stimolazione cognitiva globale .

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

Data: 27/03/2023

Torre del Greco, 27-03-2023

TERAPISTA
Dott.ssa
TUFANO GRAZIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | ASD |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE 13 - Disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza |
| 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 proprie dell'età |
|---|

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

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occupazionale |
| Frequenza: | 2/6 |
| Durata: | 240 gg |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

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

Torre del Greco, 11-04-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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:

Sostenere il benessere globale

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 2/6

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, 11-04-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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, 11-04-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO |
|----|-------------------------------|------------|
| | Uso del denaro | SI P.R. NO |
| | Spazio/tempo | SI P.R. NO |
| | Autonomie personali e sociali | SI P.R. NO |
| | | SI P.R. NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

Quadro clinico stabile. Si lavora al fine di migliorare gli obiettivi sopraindicati.

| | |
|--------------|----------|
| Data: | 23/05/23 |
|--------------|----------|

Torre del Greco, 23-05-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO |
|----|---|------------|
| | Autonomie personali e sociali | SI P.R. NO |
| | Apprendimenti area spazio/tempo ed uso del denaro | SI P.R. NO |
| | | SI P.R. NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

Quadro clinico stazionario non riusoltano variazioni da segnalare .

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 25/09/2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 26-09-2023

TERAPISTA
Dott.ssa
TUFANO GRAZIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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 proprie dell'età. Buona la compliance al trattamento e le risposte, così come la motivazione. Autonomie personali e strumentali in linea per età, ma persistono difficoltà relative alla generalizzazione delle competenze acquisite. Presenti difficoltà relative al versante relazionale. Continua il trattamento abilitativo come impostato.

Torre del Greco, 20-10-2023

CASE MANAGERDott.ssa
MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente seguito per Disturbo dello Spettro Autistico. In trattamento riabilitativo tipo terapia occupazionale 2/7. Storia di pregresso trattamento riabilitativo tipo PNNE, logopedia, TMA, psicoterapia individuale. Inserito in prima classe di scuola superiore con ausilio del docente di sostegno. Ritmo sonno-veglia caratterizzato da parassonie, alimentazione selettiva soprattutto per forma. Non segnalati franchi comportamenti disfunzionali, presenti livelli elementi di disregolazione emotiva a basso impatto sul profilo di funzionamento psicosociale. Autonomie personali e sociali non del tutto in linea per età. Si segnala lieve sintomatologia ansiosa di natura prestazionale.

All'osservazione odierna il ragazzo risulta collaborante al setting di visita. Presenti gesti limitanti l'ansia per consegne dal carattere prestazionale. Canale mimico-gestuale scarsamente modulato. Il linguaggio di espressione verbale si caratterizza per la produzione di costruzioni frastiche abbastanza adeguate per età. La prosodia risulta peculiare per la presenza di tono piatto dell'eloquio. Il ragazzo riconosce i soldi ed è capace di utilizzarli in piccole attività immaginative. Riconosce l'orario su dispositivo digitale ma ha ancora difficoltà nella scansione temporale. Le abilità di vestizione e di lavaggio risultano abbastanza acquisite ma necessitano ancora di supporto da parte della figura materna. Le capacità metacognitive risultano ancora non adeguate per età con particolare riferimento al riconoscimento delle proprie emozioni e dei diversi contesti sociali. Il tono dell'umore in corso di visita risulta eutimico.

Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore. Utile inserire nelle attività riabilitative piccole sessioni dedicate alla destrutturazione del comportamento di selettività alimentare.

Torre del Greco, 09-11-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Francesco, 15 anni, frequenta il primo superiore con sostegno per tutte le ore e riferito buon adattamento al setting scolastico e al gruppo dei pari. È sottoposto a trattamento abilitativo per “Disturbo dello spettro autistico”. Effettua TO 2/6. Durante la visita, avvenuta in data 9/11/2023 mostra un buon adattamento al setting e alle regole, appare socievole seppur inizialmente inibito, risponde alle domande poste dal clinico e parla volentieri dei suoi innumerevoli interessi. Il linguaggio è adeguatamente strutturato sul piano morfologico. Reciprocità conversazionale ancora carente. Ritmo e prosodia peculiari. Presenti difficoltà nelle competenze astrattive con tendenza alla concretezza. Presente sintomatologia ansiosa e soliloquio se non impegnato nello svolgimento di attività. Riferite difficoltà nella manifestazione dei propri stati d'animo e conseguente scarse capacità di riconoscimento degli stati mentali propri e altrui. Autonomie in linea per età; presenti difficoltà a ricordarsi dello svolgimento di attività di vita quotidiana finalizzate all'igiene personale e la cura di sé. Per tale motivo, appare necessario il supporto della figura materna. Presenti difficoltà nella lettura dell'orologio analogico. Adeguato il riconoscimento del denaro ma persistono difficoltà relative alla gestione. Riferita selettività alimentare per forma. Ritmo sonno-veglia regolare e occasionali parassonie.

Torre del Greco, 09-11-2023

CASE MANAGERDott.ssa
MAUTONE GIUSI

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 09-11-2023 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|---------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 (15 anni) | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |
| Luogo | TORRE DEL GRECO | | |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Grado di istruzione | 1 superiore (indirizzo informatico) |

| | | |
|--|----|----------------|
| Insegnante di sostegno: | SI | NO + educatore |
| 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 | 2/7 | |
| 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 | Scuotto | Nome | Carmela |
| Rapporto di parentela | madre | | |
| Comune di residenza | Torre del Greco | Telefono | 3921803602 |
| Condizione professionale | casalinga | | |
| 2)Cognome | Garofalo (padre) | Nome | Valerio |
| Comune di residenza | Torre del Greco | Telefono | 3922981493 |
| Condizione professionale | programmatore informatico | | |
| N° componenti del nucleo familiare | 4 | | |
| Composto da | utente, genitori e fratello (7 a.) | | |
| 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 in passato (terapia Aba) 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? | oratorio |
| Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione? | Non è bersaglio Lo è molto saltuariamente Lo è frequentemente Lo è molto frequentemente anche con bullismo |

Situazione economica/assistenza e servizi

| | |
|--|---|
| Quali sono le fonti di reddito della famiglia? | Reddito da lavoro Pensione Rendita Pensione di reversibilità Altro (specificare) |
| Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità? | Visite assistenza medico-sanitaria specialistica Prestazioni riabilitative private Medicinali Ausili vari Altri costi (specificare) |
| La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito? | Assegno di cura Indennità di comunicazione Indennità di frequenza Assegno di cura Indennità di accompagnamento Altro (specificare) |
| La persona disabile o un membro della famiglia usufruisce o ha usufruito di una o più delle seguenti forme di agevolazione o di contributo a sostegno del reddito familiare? | Esenzione totale o parziale dal pagamento del ticket per medicinali Congedo straordinario Permessi per assistenza Contributi economici da parte di Enti Locali Assegno di cura Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche Esenzione dal pagamento del bollo auto Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo Parcheggio riservato Collocamento mirato Bonus sociali utenze (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, 09-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

 Dott.ssa
 Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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

All'attuale valutazione gli apprendimenti relativi all'area spazio tempo ed all'uso del denaro risultano discreti . Le autonomie personali e sociali non risultano ancora adeguate. Il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di sviluppare strategie di problem solving situazionale e sociale , migliorare le abilità sociali , la comunicazione e la condivisione con i pari .

TESTS SOMMINISTRATI:

| |
|--|
| |
|--|

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Stimolazione cognitiva globale ;
Potenziamento autonomie personali e sociali;
Supporto agli apprendimenti ;

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

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 27/11/2023 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,27-11-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | ASD |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE 13 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | B140.3 144.3 167.3 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | D210.3 220.3510.3 540.3 550.3 640.3 710.3 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 3 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 2 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------|--|
| Sostenere il benessere globale | |
|--------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|--|
| Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo |
|--|

| |
|--|
| Acquisizione delle autonomie personali e sociali |
|--|

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

| | |
|------------------------|--|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occ. ind. 2/6 poi sospende e passa a T.O. di gruppo 2/6 per 180 gg |
| Frequenza: | 2/6 ind - 2/6 gruppo |
| Durata: | 60 gg ind. 180 gg gruppo |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|---------------------------|--------------|
| Data | 30-11-2023 | Responsabile del progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---------------------------|--------------|

Torre del Greco, 30-11-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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 nelle autonomie e nel comportamento adattivo

ELENCO OBIETTIVI

Sviluppo del comportamento adattivo
Acquisizione delle autonomie personali e sociali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Terapia occupazionale ind 2/6 per 60 gg poi Terapia occ. di gruppo 2/6 per 180 gg

OPERATORI:

Terapista occupazionale dott.ssa G. Tufano

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------|--------------|---|--|--|--------------|
| Data | 30/11/2 3 | Responsabile del progetto riabilitativo | | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|--------------|---|--|--|--------------|

Torre del Greco, 30-11-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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 del paziente e degli obiettivi contenuti nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista: si utilizza il Protocollo H.

SVILUPPO DELL'INTERAZIONE SOCIALE E DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO

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, 30-11-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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: | | | |
|---|-----------|------------------------|---------------|
| 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: | | Direttore Sanitario | |
| Firma: Paziente (genitore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco, 30-11-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |

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

Nel corrente periodo di riferimento in corso è avvenuto l'inserimento all'interno del gruppo di socializzazione. Il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di stabilire le aree prioritarie di intervento.

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Stimolazione cognitiva globale ;

Data: 7/02/24

Torre del Greco, 17-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |

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

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO |
|----|---|------------|
| | Autonomie sociali | SI P.R. NO |
| | Strategie di problem solving situazionale e sociale | SI P.R. NO |
| | Capacità relazionali | SI P.R. NO |
| | | SI P.R. NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

All'attuale valutazione il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di raggiungere un evoluzione migliorativa che investa tutte le aree.

| | |
|--------------|---------|
| Data: | 8/04/24 |
|--------------|---------|

Torre del Greco, 17-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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): | B140.3 144.3 167.3 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | D210.3 220.3510.3 540.3 550.3 640.3 710.3 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 3 |
| 6. Prognosi (tabella D) | Scala: | 2 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------|--|
| Sostenere il benessere globale | |
|--------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Lavorare sulle autonomie relazionali e sociali. Spinta all'autonomia sociale. |
|---|

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

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occ. di gruppo 1/6 |
| Frequenza: | 1/6 gruppo |
| Durata: | 240 gg |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|---------------------------|--------------|
| Data | 12/07/2024 | Responsabile del progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---------------------------|--------------|

Torre del Greco, 12-07-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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 nelle autonomie e nel comportamento adattivo

ELENCO OBIETTIVI

Lavorare sulle autonomie relazionali e sociali. Spinta all'autonomia sociale.

METODOLOGIE OPERATIVE:

Terapia occ. di gruppo 1/6 per 240 gg

OPERATORI:

Terapista occupazionale dott.ssa G. Tufano

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------|------------|---|--|--|--------------|
| | | | | | |
| Data | 12/07/2024 | Responsabile del progetto riabilitativo | | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |

Torre del Greco, 12-07-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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 nelle autonomie e nel comportamento adattivo

ELENCO OBIETTIVI

Lavorare sulle autonomie sociali.

METODOLOGIE OPERATIVE:

Terapia occ. di gruppo 1/6 per 240 gg poi sospende

OPERATORI:

Terapista occupazionale dott.ssa G. Tufano

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------|------------|---|--|--|--------------|
| | | | | | |
| Data | 17/03/2025 | Responsabile del progetto riabilitativo | | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |

Torre del Greco, 12-07-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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 del paziente e degli obiettivi contenuti nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista: si utilizza il Protocollo H.

Torre del Greco, 12-07-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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: | | | |
|---|-----------|------------------------|---------------|
| 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: | 12/07/2024 | Direttore Sanitario | |
| Firma: Paziente (genitore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco, 12-07-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |

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

Paziente seguito per Disturbo dello Spettro Autistico. In trattamento riabilitativo tipo terapia occupazionale 1/7. Frequenta la seconda classe della scuola secondaria di secondo grado con ausilio del docente di sostegno per 18 ore settimanali. Ritmo sonno-veglia regolare per durata e qualità. Alimentazione selettiva per gusto, ma più varia rispetto al controllo precedente. Non segnalati franchi comportamenti disfunzionali. Autonomie personali e sociali non del tutto in linea per età, il ragazzo necessità di supporto delle figure di riferimento soprattutto per quanto riguarda l'igiene personale e le abilità di vestizione. All'osservazione odierna Francesco si mostra disponibile al colloquio con il clinico, rispondendo in maniera adeguata alle domande poste, offrendo, talvolta, spunti di conversazione non indagando, tuttavia, i pensieri dell'interlocutore. Il pensiero appare congruo con tendenza alla concretezza e difficoltà nelle competenze astrattive. Adeguato l'esame di realtà e l'orientamento spazio temporale. Il linguaggio di espressione verbale si caratterizza per la produzione di costruzioni frastistiche abbastanza adeguate per età. La prosodia risulta peculiare per la presenza di tono piatto dell'eloquio. Canale mimico-gestuale scarsamente modulato. Presenti gesti limitanti l'ansia per consegne dal carattere prestazionale. Persistono difficoltà nel riconoscimento e nell'elaborazione delle emozioni proprie ed altrui e dei diversi contesti sociali. Il tono dell'umore in corso di visita risulta eutimico. Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore.

Torre del Greco, 18-09-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |

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

Francesco, 16 anni, frequenta la seconda classe della scuola secondaria di secondo grado (Indirizzo informatico) con ausilio del docente di sostegno.

Percepisce indennità di accompagnamento.

L. 104/92 art 3 comma 3. Orientamento circa la possibilità di richiedere il bonus utenze (TARI)

Trattamento riabilitativo in atto: 1/6 T.O di gruppo, considerando positivo il rapporto e la professionalità della terapista che pratica il trattamento.

Il colloquio viene effettuato in data 18 settembre 2024 con la madre del ragazzino, la quale riferisce autonomie personali in evoluzione.

Ad ottobre, viene riferito l'inizio dell'oratorio presso la Basilica di appartenenza.

Francesco si mostra disponibile al colloquio e risponde alle domande poste in maniera adeguata.

Torre del Greco, 18-09-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa
Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto riabilitativo: lavorare sulle autonomie relazionali e sociali. Spinta all'autonomia sociale. Buona la compliance al trattamento e le risposte. Non segnalati franchi comportamenti disfunzionali. Autonomie personali e sociali non del tutto in linea per età, il ragazzo necessita di supporto delle figure di riferimento soprattutto per quanto riguarda l'igiene personale e le abilità di vestizione. Adeguato l'esame di realtà e l'orientamento spazio-temporale. Il linguaggio di espressione verbale si caratterizza per la produzione di costruzioni frastiche abbastanza adeguate per età. La prosodia risulta peculiare per la presenza di tono piatto dell'eloquio. Continua il trattamento abilitativo come impostato.

Torre del Greco, 15-01-2025

CASE MANAGER

Dott.ssa
MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |

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

Francesco partecipa con costanza alla terapia occupazionale di gruppo, dove svolge attività mirate allo sviluppo delle autonomie, in particolare nella gestione del denaro e negli acquisti. Nel tempo ha mostrato significativi miglioramenti, riuscendo a completare gli esercizi con maggiore autonomia e sicurezza. Sta acquisendo familiarità con il valore del denaro e la pianificazione delle spese, mentre nelle autonomie quotidiane dimostra maggiore indipendenza nell'organizzarsi e nel gestire le proprie necessità anche all'interno del setting. Anche la socializzazione sta migliorando, con una maggiore apertura verso i coetanei. La famiglia segue attivamente i progressi, contribuendo a consolidare le competenze apprese in terapia. Si consiglia l'inserimento in attività sportive o esperienze di gruppo come i Boy Scout, per rafforzare ulteriormente le sue capacità di interazione e autonomia.

TESTS SOMMINISTRATI:

| |
|--|
| |
|--|

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

| |
|----------------------------------|
| Stimolazione cognitiva globale . |
|----------------------------------|

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

| | |
|--------------|--|
| Data: | |
|--------------|--|

Torre del Greco,05-03-2025

TERAPISTA
Dott.ssa
TUFANO GRAZIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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): | B140.3 144.3 167.3 |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | D210.3 220.3510.3 540.3 550.3 640.3 710.3 |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 3 |
| 6. Prognosi (tabella D) | Scala: | 2 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|--------------------------------|--|
| Sostenere il benessere globale | |
|--------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|-----------------------------------|
| Lavorare sulle autonomie sociali. |
|-----------------------------------|

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

| | |
|------------------------|--|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occ. di gruppo 1/6 per 240 gg poi sospende |
| Frequenza: | 1/6 gruppo |
| Durata: | 240 gg poi sospende |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|------|------------|---------------------------|--------------|
| Data | 17/03/2025 | Responsabile del progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---------------------------|--------------|

Torre del Greco, 17-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

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 del paziente e degli obiettivi contenuti nella Prescrizione. Vengono fornite indicazioni al terapista: si utilizza il Protocollo H.

Torre del Greco, 17-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 2014206000005465 |

SEZIONE 9 - DIMISSIONI
VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI
MOTIVO:

| SCADENZA AMMINISTRATIVA | RAGGIUNTI OBIETTIVI | RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO | DECESO 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: | | | |
|---|-----------|------------------------|---------------|
| 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: | 17/03/2025 | Direttore Sanitario | |
| Firma: Paziente (genitore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco, 17-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------|
| Cognome | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |

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

Data: 2 Aprile 2025

Partecipanti al colloquio: Signora Scuotto Carmela, minore Garofalo Francesco

Terapie in atto: Terapia occupazionale (1 volta a settimana)

Osservazioni emerse

Garofalo Francesco, 16 anni, con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.

Durante il colloquio, il minore si è mostrato sereno, collaborativo e ben predisposto al dialogo. Ha risposto positivamente agli stimoli forniti, riuscendo a ricostruire la propria routine quotidiana e le relazioni significative con il supporto degli adulti.

La madre, Signora Scuotto, riferisce che il minore ha manifestato difficoltà nel linguaggio intorno ai 2 anni, e dopo opportuni accertamenti ha ricevuto la diagnosi all'età di 7 anni, momento in cui ha iniziato il percorso terapeutico.

Contesto scolastico

Il minore frequenta il secondo anno della scuola secondaria di secondo grado, 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 fratello e Francesco.

La famiglia si sostiene economicamente grazie al reddito del padre, programmatore informatico, e all'indennità di accompagnamento percepita per il minore.

La madre descrive un contesto familiare sereno, con una buona rete familiare, in grado 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 | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |
| Luogo | TORRE DEL GRECO | | |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Grado di istruzione | secondaria |

| | | | |
|--|----|----|-------------|
| Insegnante di sostegno: | SI | NO | + educatore |
| 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 si, indicare quali? | | |

Persone di riferimento/caregiver principale

| | | | |
|--|----------------------------|----------|------------|
| 1)Cognome | Scuotto | Nome | Carmela |
| Rapporto di parentela | madre | | |
| Comune di residenza | Torre del Greco | Telefono | 3921803602 |
| Condizione professionale | casalinga | | |
| 2)Cognome | Garofalo | Nome | Valerio |
| Comune di residenza | Torre del Greco | Telefono | |
| Condizione professionale | programmatore | | |
| N° componenti del nucleo familiare | 4 | | |
| Composto da | madre, padre, e due 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 terapista 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 | GAROFALO | Nome | FRANCESCO |
| Data di nascita | 09-08-2008 | Cartella Clinica n. | 5465/1 |

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

Giunge in visita in compagnia della madre

Quadro clinico compatibile con Disturbo dello spettro autistico, in contesto di discreto funzionamento globale.

Programma: continua il lavoro incentrato sulle autonomie personali e principalmente sulle competenze socio-relazionali nel gruppo di pari

Torre del Greco, 09-04-2025

MEDICO SPECIALISTA

Dott.
SALZANO ANTONIO