

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

8 anni ad agosto, frequenta la II con sostegno, verosimilmente andrà in III.

Arriva alla nostra attenzione per un disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve; prescritta logopedia 2/6.

Nulla da rilevare alla valutazione neurologica. La motricità è vivace e priva di schemi patologici. Il linguaggio è strutturato e funzionale ma appare inadeguato sia nella forma che nei contenuti. Bene la socialità e la relazione, non riferiti problemi comportamentali.

Sul piano scolastico opera su livelli lievemente inadeguati (fine I), va guidato e sostenuto sul piano delle strategie di analisi del compito; lievemente inadeguate in generale le funzioni esecutive.

Inizia il trattamento abilitativo prescritto allo scopo di: favorire l'adattamento al setting, migliorare il linguaggio nella forma e nei contenuti, sostenere gli apprendimenti.

Torre del Greco, 18-05-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

8 anni frequenta la III con sostegno.

In trattamento abilitativo di Log 2 sett per un disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve.

Nulla da rilevare alla valutazione neurologica. La motricità è vivace e priva di schemi patologici. Ha un linguaggio strutturato e funzionale adeso al contesto ed avente valore comunicativo. Il linguaggio è strutturato e funzionale ma appare povero sia nella forma che nei contenuti. bene la relazione. bene le autonomie.

Sul piano scolastico opera su livelli lievemente inadeguati ( fine I ), va guidato e sostenuto sul piano delle strategie di analisi del compito.

Le competenze intellettive sono discrete.

Si conferma il bisogno abilitativo in atto volto a :

sostenere gli apprendimenti, sostenere l'autostima, potenziare le funzioni esecutive.

Potrebbe aumentare la frequenza da 2 a 3 sett.

05.11.2022

Torre del Greco,05-11-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve                |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE08 Menomaz.disabilitanti età evolutiva (MEE)-disturbi evolutivi della comunicazione |
| 3. Menomazione (ICIDH)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): |  |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>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 profilo fonologico articolatorio e delle competenze semantico-lessicali; sostegno agli apprendimenti |
|---|

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

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| Tipologia Trattamento: | logoterapia |
| Frequenza:             | 3/6         |
| Durata:                | 180 gg      |

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

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

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

|  |  |          |  |
|--|--|----------|--|
|  |  | progetto |  |
|--|--|----------|--|

Torre del Greco,19-11-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 3 - PROGRAMMA RIABILITATIVO****AREE FUNZIONALI:**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Stabilità internistica - funzioni vitali di base |  | competenze cognitivo - comportamentali |  |
| Area funzioni sensomotorie                       |  | Autonomia nella cura della persona     |  |
| Mobilità e stabilimenti                          |  | Riadattamento e reinserimento sociale  |  |
| Competenze comunicativo - relazionali            |  | Area emotiva - affettiva               |  |

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Difficoltà di linguaggio e degli apprendimenti

**ELENCO OBIETTIVI**

Sviluppo del profilo fonologico articolatorio e delle competenze semantico-lessicali; sostegno agli apprendimenti

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Logopedia 3/6

**OPERATORI:**

Logopedista

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Valutazione clinica finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A fine ciclo

**RISULTATO**

|      |  |   |  |  |              |
|------|--|---|--|--|--------------|
| Data |  | Responsabile del<br>progetto<br>riabilitativo |  | Responsabile del<br>programma<br>riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|--|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,19-11-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**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 terapeuta: si utilizza il Protocollo F associato al Protocollo E.

Torre del Greco,19-11-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Torre del Greco,17-04-2023



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Il lavoro prosegue come quanto impostato dal progetto riabilitativo: sviluppo del profilo fonologico articolatorio e delle competenze semantico-lessicali, sostegno agli apprendimenti. Buona la compliance al trattamento e le risposte. Il caso resta in osservazione.

Torre del Greco,17-04-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Il bambino si mostra socievole e disponibile alla relazione. I tempi di attenzione e concentrazione risultano ancora deficitari. Migliora il comportamento nel rispetto delle regole e dei ruoli anche se a volte attua dei comportamenti di fuga dal compito soprattutto nell'impostazione fonetica per i quali non investe positivamente il training al fine di ridurre le consolidate alterazioni fonetiche. Sebbene il linguaggio in espressione risente di notevoli inflessioni dialettali miste ad alterazioni fonetiche, la frase risulta più strutturata e il dialogo più comprensibile. Ciò nonostante la decodifica risulta gradualmente più corretta ma sono ancora molti gli errori fonologici e non. La comprensione del testo risulta più concreta ma non soddisfa ancora i parametri. In produzione scritta sono evidenti gli errori fonologici e non ma gradualmente migliora competenza fonologica. Migliorata la produzione scritta in corsivo. Per le abilità logico matematiche continua il lavoro sulla memoria lavoro e operatività semplice per le operazioni di base.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Le abilità di lettoscrittura e calcolo non sono ancora oggettivamente quantificabili in termini di standard.

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Es di impostazione fonemica e di strutturazione dei livelli linguistici; es di decodifica di brevi brani con immagini; es di codifica e completamento di gruppi consonantici; es di lettura di parole strutturalmente più complesse; es di lettura ed individuazione del fonema bersaglio in posizione mista; es di riordino di sequenze e con trascrizione e narrazione; es per l'acquisizione del concetto e giudizio numerico ed svolgimento di operazioni semplici di somma e differenza; concetto di moltiplicatore; es di semplici problemi deduttivi su azioni reali.

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

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

Torre del Greco, 02-05-2023

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
LUCCIO MARIANNA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento   |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE08 Menomaz.disabilitanti età evolutiva (MEE)-disturbi evolutivi della comunicazione |
| 3. Menomazione (ICIDH)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): |  |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>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**

|  |
|--|
| Sostenere gli apprendimenti, favorire lo sviluppo del linguaggio |
|--|

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

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

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

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

|      |  |                              |              |
|------|--|------------------------------|--------------|
| Data |  | Responsabile del<br>progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|--|------------------------------|--------------|

Torre del Greco,18-05-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**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 nel linguaggio e negli apprendimenti

**ELENCO OBIETTIVI**

Sostenere gli apprendimenti, favorire lo sviluppo del linguaggio

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Logopedia 2/6

**OPERATORI:**

Logopedista

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Valutazione clinica finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A fine ciclo

**RISULTATO**

|      |  |   |  |  |              |
|------|--|---|--|--|--------------|
| Data |  | Responsabile del<br>progetto<br>riabilitativo |  | Responsabile del<br>programma<br>riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|--|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,18-05-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**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 terapeuta: si utilizza il Protocollo F associato al Protocollo E.

MODELLAMENTO DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO (Adattamento al setting terapeutico - Eliminazione dell'iperattività - Incremento dell'attenzione - Impostazione del comportamento adattivo)

SVILUPPO DEI PREREQUISITI DELLA LETTURA

SVILUPPO DELLA DECODIFICA FONOLOGICA

SVILUPPO DELLA CODIFICA GRAFEMICA - Impostazione della codifica indiretta - Impostazione della codifica diretta - Impostazione della scrittura su copia - Impostazione della scrittura su dettato - Impostazione della scrittura spontanea

SVILUPPO DELLA COMPrensIONE DELLA LETTURA - Impostazione della comprensione lessicale - Impostazione della comprensione frastica - Impostazione della comprensione concettuale di brani narrativi, descrittivi ed informativi

SVILUPPO DELL'ESPOSIZIONE SCRITTA - Impostazione della sintesi narrativa - Impostazione della sintesi descrittiva - Impostazione della sintesi informativa - Impostazione della sintesi creativa

SVILUPPO DEL CALCOLO - Impostazione del Sistema dei Numeri - Impostazione del Sistema del Calcolo - Impostazione del Problem Solving

SVILUPPO DEI CONCETTI LINGUISTICI DI RELAZIONE - Impostazione delle relazioni quantitative - Impostazione delle relazioni quantitative superlative - Impostazione delle relazioni dimensionali - Impostazione delle relazioni spaziali - Impostazione delle relazioni temporali

Potenziare le competenze fonologico-articolatorie

Torre del Greco, 18-05-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Paziente seguito per Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento. Pratica logopedia 2/7. Inserito in quarta classe di scuola elementare con ausilio del docente di sostegno. Negata familiarità di interesse NPI. Tappe dello sviluppo neuropsicomotorio acquisite epoca per quanto riferito. Ritmo sonno-veglia ed alimentazione regolari. Riferiti dalla madre miglioramenti sotto il profilo linguistico. Non segnalati comportamenti disfunzionali di rilievo. Autonomie personali in fase di acquisizione.

All'osservazione odierna il piccolo risulta collaborante setting di visita. Il linguaggio di espressione verbale si caratterizza per le debolezze della struttura morfo-sintattica ed imperfezioni fonetico-fonologiche. Le capacità narrative non risultano adeguate per età. Il tono dell'umore appare eutimico in corso di visita. La lettura e la scrittura, valutate su prove libere, non risultano in linea per età; nello specifico la lettura risulta sillabata e con difficoltà di intonazione e rispetto della punteggiatura. La scrittura si caratterizza per elementi di disgrafia e disortografia.

Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore. Utile proseguire il lavoro mirato al potenziamento del linguaggio e degli apprendimenti. Utile valutare eventuale approfondimento psicodiagnostico in relazione soprattutto al livello cognitivo.

Torre del Greco, 02-11-2023



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Entony, 9 anni, frequenta la quarta elementare con ausilio dell'insegnante di sostegno ed è sottoposto a trattamento riabilitativo per "Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento". Effettua Log 2/6. Durante la visita, avvenuta in data 2/11/2023 Entony mostra buon adattamento al setting e alle regole, appare socievole, risponde alle domande poste dal clinico ed esegue volentieri le attività proposte. Linguaggio ancora ipostrutturato per età, sul piano morfo sintattico e fonetico fonologico. Presenti inflessioni dialettali. Marcate difficoltà relative alle abilità di narrazione. Lettura lenta, segmentata e poco accurata, soprattutto per parole a bassa frequenza d'uso. Discreta la comprensione del testo scritto. Non sono riferite particolari difficoltà nella gestione del comportamento in ambito domestico. Autonomie in linea per età. Regolari appetito e ritmo sonno-veglia.

Torre del Greco, 02-11-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

## SCHEDA SOCIALE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 02-11-2023 |
|-------------------|------------|

### PAZIENTE:

|                     |                     |                     |              |
|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Cognome             | GRAVINA             | Nome                | ENTONY       |
| Data di nascita     | 18-08-2014 (9 anni) | Cartella Clinica n. | 7647         |
| Luogo               | TORRE DEL GRECO     |                     |              |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO     | Grado di istruzione | 4 elementare |

|  |    |    |
|--|----|----|
| Insegnante di sostegno:                            | SI | NO |
| È avvenuta la presa in carico dei servizi sociali? | SI | NO |

### Riferisce di essere titolare di:

|   |   |          |
|---|---|----------|
| Assegno di cura   | SI  | NO       |
| Indennità di frequenza  | SI  | NO       |
|   | A causa di precedenti situazioni familiari non può aprire libretti e conti (morosità) |          |
| Indennità di accompagnamento  | SI  | NO       |
| Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma  | Non ricorda art. e comma. Non mostra documentazione                                   |          |
| Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza   | 2/7 Log.  |          |
| Trattamento riabilitativo:  | Privato   | Pubblico |
| Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari? | SI  | NO       |
| Se sì, indicare quali?  | Nessuna conoscenza del padre biologico.   |          |

### Persone di riferimento/caregiver principale

|  |   |          |            |
|--|---|----------|------------|
| 1)Cognome  | Gravina   | Nome     | Francesca  |
| Rapporto di parentela  | madre   |          |            |
| Comune di residenza  | Torre del Greco   | Telefono | 3511937858 |
| Condizione professionale   | casalinga - orientamento programma GOL  |          |            |
| 2)Cognome  |   | Nome     |            |
| Comune di residenza  |   | Telefono |            |
| Condizione professionale   |   |          |            |
| N° componenti del nucleo familiare   | 10  |          |            |
| Composto da  | utente, madre, 1 fratellastro di 12 a. (da prima relazione) e 2 sorelle (10 a. - 11 a.), 3 zii e 2 cugini.<br><br>La signora dichiara che attualmente ha un compagno, non convivente, che l'aiuta economicamente. |          |            |
| 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<br>Amici<br>Vicini<br>Persone appartenenti ad una associazione di volontariato<br>Nessuno   |
| La famiglia, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di: | Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune)<br>Servizi a pagamento (es. babysitter)<br>Riabilitazione privata<br>Nulla<br>Altro (specificare)  |
| Rete sociale della famiglia:  | Rete sociale soddisfacente<br>Rete sociale sufficiente<br>Rete sociale insoddisfacente<br>Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie<br>Non ha possibilità di una rete sociale |
| Partecipa ad attività ricreative, sportive, culturali e del tempo libero?                         | SI NO   |
| Elencare quali?   | Entony dichiara di voler fare calcio o palestra (no voucher sportivo).<br><br>Trascorre gran parte del pomeriggio utilizzando i dispositivi elettronici   |
| Partecipa ad attività associative?  | SI NO   |
| Elencare quali?   |   |
| Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione?  | Non è bersaglio<br>Lo è molto saltuariamente<br>Lo è frequentemente<br>Lo è molto frequentemente anche con bullismo   |

## Situazione economica/assistenza e servizi

|  |   |
|--|---|
| Quali sono le fonti di reddito della famiglia?   | Reddito da lavoro: zii e compagno della madre<br>Pensione<br>Rendita<br>Pensione di reversibilità<br>Altro (specificare)  |
| Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?   | Visite assistenza medico-sanitaria specialistica<br>Prestazioni riabilitative private<br>Medicinali<br>Ausili vari<br>Altri costi (specificare)   |
| La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito?   | Nessun sostegno<br>Indennità di comunicazione<br>Indennità di frequenza<br>Assegno di cura<br>Indennità di accompagnamento<br>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<br>Congedo straordinario<br>Permessi per assistenza<br>Contributi economici da parte di Enti Locali - Percepiva il Rdc<br>Assegno di cura<br>Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche<br>Esenzione dal pagamento del bollo auto<br>Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo<br>Parcheggio riservato<br>Collocamento mirato<br>Bonus sociali utenze<br>Disability card<br>Altro (specificare)- trasporto scolastico 2023/24 |
| I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità  | Non ha avuto difficoltà<br>Difficoltà di accesso alle informazioni<br>Tempi lunghi per avere la diagnosi<br>Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico<br>Problemi economici<br>Problemi di inserimento nella società<br>Problemi nelle relazioni con amici e parenti<br>Problemi di conflittualità familiare<br>Solitudine<br>Altro (specificare)  |
| La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?  | 1) Molto positivo<br>2) Positivo<br>3) Negativo   |
| La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?  | 1) Molto positivo<br>2) Positivo<br>3) Negativo   |

## Osservazioni nel colloquio

Il caso resta in osservazione.

Torre del Greco, 02-11-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve e deprivazione ambientale |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE08 MEE 17  |
| 3. Menomazione (ICIDH)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): | B140.3 144.3 167.3  |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>Cos. (ICF)   | D330.3 140.3 145.3210.3 220.3   |
| 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 delle competenze comunicative (sviluppo del profilo semantico-lessicale, delle competenze grammaticali, narrative, pragmatiche e funzionali) |
| Sviluppo delle competenze cognitive (sostegno agli apprendimenti)   |

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

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

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

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

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

Torre del Greco, 21-11-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**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 comunicative e negli apprendimenti e nelle funzioni esecutive in deprivazione ambientale |
|---|

**ELENCO OBIETTIVI**

|   |
|---|
| Sviluppo delle competenze comunicative (sviluppo del profilo semantico-lessicale, delle competenze grammaticali, narrative, pragmatiche e funzionali) |
| Sviluppo delle competenze cognitive (sostegno agli apprendimenti)   |

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

|               |
|---------------|
| Logopedia 2/6 |
|---------------|

**OPERATORI:**

|                                |
|--------------------------------|
| Logopedista dott.ssa M. Luccio |
|--------------------------------|

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

|   |
|---|
| Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale |
|---|

**TEMPI DI VERIFICA:**

|                     |
|---------------------|
| A metà e fine ciclo |
|---------------------|

## RISULTATO

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

|      |  |   |  |  |              |
|------|--|---|--|--|--------------|
| Data |  | Responsabile del<br>progetto<br>riabilitativo |  | Responsabile del<br>programma<br>riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|--|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,21-11-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

i 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 terapeuta: si utilizza il Protocollo F associato al Protocollo E.

**MODELLAMENTO DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO** (Adattamento al setting terapeutico - Eliminazione dell'iperattività - Incremento dell'attenzione - Impostazione del comportamento adattivo)

Potenziare le competenze fonologico-articolatorie

**SVILUPPO DEI PREREQUISITI DELLA LETTURA**

**SVILUPPO DELLA DECODIFICA FONOLOGICA**

**SVILUPPO DELLA CODIFICA GRAFEMICA** - Impostazione della codifica indiretta - Impostazione della codifica diretta - Impostazione della scrittura su copia - Impostazione della scrittura su dettato - Impostazione della scrittura spontanea

**SVILUPPO DELLA COMPrensione DELLA LETTURA** - Impostazione della comprensione lessicale - Impostazione della comprensione frastica - Impostazione della comprensione concettuale di brani narrativi, descrittivi ed informativi

**SVILUPPO DELL'ESPOSIZIONE SCRITTA** - Impostazione della sintesi narrativa - Impostazione della sintesi descrittiva - Impostazione della sintesi informativa - Impostazione della sintesi creativa

**SVILUPPO DEL CALCOLO** - Impostazione del Sistema dei Numeri - Impostazione del Sistema del Calcolo - Impostazione del Problem Solving

**SVILUPPO DEI CONCETTI LINGUISTICI DI RELAZIONE** - Impostazione delle relazioni quantitative - Impostazione delle relazioni quantitative superlative - Impostazione delle relazioni dimensionali - Impostazione delle relazioni spaziali - Impostazione delle relazioni temporali

Torre del Greco, 21-11-2023



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI****VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

|                            |   |   |                      |
|----------------------------|---|---|----------------------|
| SCADENZA AMMINISTRATIVA    | RAGGIUNTI OBIETTIVI   | RIFIUTO UTENTE A<br>CONTINUARE IL TRATTAMENTO | DECESSO DEL PAZIENTE |
| ALTRO                      | (specificare)   |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>INGRESSO:   | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve e deprivazione ambientale |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve e deprivazione ambientale |   |                      |

**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<br>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<br>Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (geni<br>tore/tutore se<br>minore) |  |                        |  |

Torre del Greco,21-11-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE08 MEE 09                                 |
| 3. Menomazione (ICIDH)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): | B140.3 144.3 167.3                           |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>Cos. (ICF)   | D330.3 140.3 145.3210.3 220.3                |
| 5. Gravità disabilità (tabella C)                        | Scala:                       | 3  |
| 6. prognosi (tabella D)                                  | Scala:                       | 2  |

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

|  |
|--|
| Potenziare la lettura. Migliorare il controllo ortografico e la produzione scritta. Consolidare e completare l'inventario fonetico-fonologico. |
|--|

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

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

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

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

|      |            |                              |              |
|------|------------|------------------------------|--------------|
| Data | 13/05/2024 | Responsabile del<br>progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|------------------------------|--------------|

Torre del Greco,13-05-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**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 comunicative e negli apprendimenti |
|---|

**ELENCO OBIETTIVI**

|  |
|--|
| Sostenere le competenze cognitive. Potenziare le funzioni esecutive e l'aspetto narrativo.<br>Supportare gli apprendimenti scolastici. |
|--|

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

|               |
|---------------|
| Logopedia 2/6 |
|---------------|

**OPERATORI:**

|                                |
|--------------------------------|
| Logopedista dott.ssa M. Luccio |
|--------------------------------|

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

|   |
|---|
| Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale |
|---|

**TEMPI DI VERIFICA:**

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

A metà e fine ciclo

**RISULTATO**

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

|      |            |   |  |  |              |
|------|------------|---|--|--|--------------|
| Data | 13/05/2024 | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,13-05-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

i 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 terapeuta: si utilizza il Protocollo F associato al Protocollo E.

Torre del Greco,13-05-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI****VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

|                            |   |   |                      |
|----------------------------|---|---|----------------------|
| SCADENZA AMMINISTRATIVA    | RAGGIUNTI OBIETTIVI   | RIFIUTO UTENTE A<br>CONTINUARE IL TRATTAMENTO | DECESSO DEL PAZIENTE |
| ALTRO                      | (specificare)   |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>INGRESSO:   | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve e deprivazione ambientale |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve e deprivazione ambientale |   |                      |

**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<br>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:   | 13/05/2024 | Direttore<br>Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (geni<br>tore/tutore se<br>minore) |            |                        |  |

Torre del Greco,13-05-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Entony ha 9 anni e frequenta il quarto anno di scuola primaria con sostegno scolastico. Aumentati i tempi di attenzione e concentrazione. Migliorato il linguaggio d'espressione, lievi imperfezioni dell'output morfosintattico e semantico lessicale. La lettura è da potenziare nei suoi parametri, in evoluzione migliorativa. Comprensione del testo da potenziare così come la sintesi e l'esposizione orale del testo letto. Controllo ortografico da potenziare. Tratto grafico irregolare. Da potenziare le abilità logico matematiche. Continua terapia logopedica in atto.

Torre del Greco, 24-05-2024

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.ssa

PELUSO LAURA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Entony, quasi 10 anni, frequenta la IV elementare con ausilio dell'insegnante di sostegno

Non percepisce indennità di frequenza (per morosità)

L. 104/92 non ricorda art e comma (richiesta documentazione)

Trattamento riabilitativo in atto: 2/6 Log , considerando positivo il rapporto e la professionalità della terapeuta che pratica il trattamento.

Nucleo familiare composto da 10 persone: utente, madre, 2 sorelle ,1 fratello, 3 zii e 2 cugini. La signora dichiara che attualmente ha un compagno, non convivente, che l'aiuta economicamente. Inoltre riferisce che il figlio non è stato riconosciuto dal padre al momento della nascita.

Nucleo familiare percettore di Assegno di Inclusione.

Il colloquio viene effettuato in data 30 maggio 2024 con la madre del bambino, la quale riferisce buon adattamento al setting scolastico e al gruppo dei pari.

Autonomie in linea per età

Utile monitoraggio.

Torre del Greco,30-05-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Entony ha 10 anni e frequenta il quinto anno di scuola primaria con sostegno scolastico. Allungati i tempi di attenzione e concentrazione. In evoluzione il quadro clinico. Comprensione valida. Il linguaggio d'espressione è migliorato e molto più adeguato. Lievi imperfezioni dell'output morfosintattico e semantico lessicale. La lettura è migliorata anche se da potenziare nei suoi parametri. Da potenziare la comprensione del testo letto. Potenziare il controllo ortografico, in quanto sono presenti errori sulle doppie, sui gruppi consonantici, fusioni illegali ecc...Tratto grafico immaturo. Abilità logico matematiche da potenziare. Continua terapia logopedica in atto.

Torre del Greco,28-10-2024

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.ssa

PELUSO LAURA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

In data 30 ottobre 2024 dal confronto con la Logopedista, Dott.ssa M. Luccio, emerge un quadro clinico in evoluzione migliorativa sugli apprendimenti.

La paziente 10 anni, frequenta il V anno di scuola elementare con l'ausilio dell'insegnante di sostegno.

Buona l'interazione con i pari.

Autonomie personali in evoluzione.

Presente il nucleo familiare

Trattamento riabilitativo in atto: 2/7 Log

Torre del Greco, 07-11-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disturbo dell'apprendimento e disturbo del linguaggio |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE08 MEE 09  |
| 3. Menomazione (ICIDH)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): | B140.3 144.3 167.3                                    |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>Cos. (ICF)   | D330.3 140.3 145.3210.3 220.3                         |
| 5. Gravità disabilità (tabella C)                        | Scala:                       | 3   |
| 6. prognosi (tabella D)                                  | Scala:                       | 2   |

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

|                                    |
|------------------------------------|
| Sostenere gli apprendimenti        |
| Migliorare i processi di lettura   |
| Ridurre errori ortografici         |
| Potenziare le abilità linguistiche |

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

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

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

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

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

|  |  |          |  |
|--|--|----------|--|
|  |  | progetto |  |
|--|--|----------|--|

Torre del Greco,08-11-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**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 comunicative e negli apprendimenti |
|---|

**ELENCO OBIETTIVI**

|                                    |
|------------------------------------|
| Sostenere gli apprendimenti        |
| Migliorare i processi di lettura   |
| Ridurre errori ortografici         |
| Potenziare le abilità linguistiche |

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

|               |
|---------------|
| Logopedia 2/6 |
|---------------|

**OPERATORI:**

|                                |
|--------------------------------|
| Logopedista dott.ssa M. Luccio |
|--------------------------------|

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

|   |
|---|
| Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale |
|---|

**TEMPI DI VERIFICA:**

|                     |
|---------------------|
| A metà e fine ciclo |
|---------------------|

**RISULTATO**

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

|      |  |   |  |  |              |
|------|--|---|--|--|--------------|
| Data |  | Responsabile del<br>progetto<br>riabilitativo |  | Responsabile del<br>programma<br>riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|--|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,08-11-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

i 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 terapeuta: si utilizza il Protocollo F associato al Protocollo E.

Torre del Greco,08-11-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI****VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

|                            |   |   |                      |
|----------------------------|---|---|----------------------|
| SCADENZA AMMINISTRATIVA    | RAGGIUNTI OBIETTIVI   | RIFIUTO UTENTE A<br>CONTINUARE IL TRATTAMENTO | DECESSO DEL PAZIENTE |
| ALTRO                      | (specificare)   |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>INGRESSO:   | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve e deprivazione ambientale |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Disturbo dell'apprendimento e disturbo del linguaggio   |   |                      |

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

| Osservazione finale di dimissione:  |           |                           |               |
|---|-----------|---------------------------|---------------|
| <b>OBIETTIVI:</b>   | RAGGIUNTO | PARZIALMENTE<br>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<br>Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (geni<br>tore/tutore se<br>minore) |  |                        |  |

Torre del Greco,08-11-2024



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

Entony ha 10 anni e frequenta il quinto anno di scuola primaria con sostegno scolastico . Allungati i tempi di attenzione e concentrazione. Il linguaggio d'espressione è più strutturato. La lettura è migliorata nei suoi parametri . Residuano lievi errori fonoarticolatori, morfosintattici e semantico lessicali. Comprensione del testo valida e anche la sintesi e l'esposizione del testo letto è in evoluzione migliorativa. Da migliorare il controllo ortografico e la produzione scritta spontanea di un testo. Continua terapia logopedica in atto.

Torre del Greco,11-04-2025

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.ssa

PELUSO LAURA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

**Data:** 11 Aprile 2025

**Partecipanti al colloquio:** Signora Gravina Francesca (madre), minore Gravina Entony

**Terapie in atto:** Logopedia (2 volte a settimana)

**Osservazioni emerse**

Gravina Entony, 10 anni, con diagnosi di disturbo dell'apprendimento e disturbo del linguaggio. Durante il colloquio si è mostrato sereno, collaborativo e ben predisposto al dialogo, avviando spontaneamente la conversazione. Ha risposto positivamente agli stimoli, ricostruendo con il supporto della madre la propria quotidianità e le relazioni più significative. La madre riferisce che le difficoltà relazionali e linguistiche sono state notate sin dalla prima infanzia, con successiva richiesta di valutazione anche da parte del contesto scolastico.

**Contesto scolastico**

Entony frequenta il quinto anno della scuola primaria, con il supporto dell'insegnante di sostegno. La madre descrive l'ambiente scolastico come positivo e inclusivo, con buona integrazione del minore all'interno del gruppo classe.

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dalla madre, dal compagno della madre e da fratelli e sorelle nati da precedenti relazioni. Il padre biologico non ha riconosciuto il minore e non è mai stato presente nella sua vita. La famiglia si sostiene economicamente grazie al reddito del compagno e all'assegno di inclusione. La madre riferisce un contesto familiare sereno, con una rete di supporto stabile e presente.



Torre del Greco,11-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

## SCHEDA SOCIALE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 11-04-2025 |
|-------------------|------------|

### PAZIENTE:

|                     |                 |                     |          |
|---------------------|-----------------|---------------------|----------|
| Cognome             | GRAVINA         | Nome                | ENTONY   |
| Data di nascita     | 18-08-2014      | Cartella Clinica n. | 7647     |
| Luogo               | TORRE DEL GRECO |                     |          |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Grado di istruzione | Primaria |

|  |    |    |
|--|----|----|
| Insegnante di sostegno:                            | SI | NO |
| È avvenuta la presa in carico dei servizi sociali? | SI | NO |

### Riferisce di essere titolare di:

|   |                               |          |
|---|-------------------------------|----------|
| Assegno di cura   | SI                            | NO       |
| Indennità di frequenza  | SI                            | % NO     |
| Indennità di accompagnamento  | SI                            | NO       |
| Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma  | No                            |          |
| Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza   |                               |          |
| Trattamento riabilitativo:  | Privato                       | Pubblico |
| Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari? | SI                            | % NO     |
| Se sì, indicare quali?  | La mamma ebbe problemi legali |          |

### Persone di riferimento/caregiver principale

|  |                 |          |            |
|--|-----------------|----------|------------|
| 1)Cognome  | Gravina         | Nome     | Francesca  |
| Rapporto di parentela  | Madre           |          |            |
| Comune di residenza  | Torre del greco | Telefono | 3511937858 |
| Condizione professionale   | Disoccupata     |          |            |
| 2)Cognome  |                 | Nome     |            |
| Comune di residenza  |                 | Telefono |            |
| Condizione professionale   |                 |          |            |
| N° componenti del nucleo familiare   |                 |          |            |
| Composto da  |                 |          |            |
| 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<br>Amici<br>Vicini<br>Persone appartenenti ad una associazione di volontariato<br>Nessuno   |
| La famiglia, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di: | Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune)<br>Servizi a pagamento (es. babysitter)<br>Riabilitazione privata<br>Nulla<br>Altro (specificare)  |
| Rete sociale della famiglia:  | Rete sociale soddisfacente<br>Rete sociale sufficiente<br>Rete sociale insoddisfacente<br>Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie<br>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<br>Lo è molto saltuariamente<br>Lo è frequentemente<br>Lo è molto frequentemente anche con bullismo   |

## Situazione economica/assistenza e servizi

|  |  |
|--|--|
| Quali sono le fonti di reddito della famiglia?   | Reddito da lavoro<br>Pensione<br>Rendita<br>Pensione di reversibilità<br>Assegno di inclusione   |
| Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?   | Visite e assistenza medico-sanitaria generica<br>Visite assistenza medico-sanitaria specialistica<br>Prestazioni riabilitative private<br>Medicinali<br>Ausili vari<br>Altri costi (specificare)   |
| La persona disabile percepisce uno dei seguenti contributi a sostegno del reddito?   | Assegno di cura<br>Indennità di comunicazione<br>Indennità di frequenza<br>Assegno di cura<br>Indennità di accompagnamento<br>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<br>Congedo straordinario<br>Permessi per assistenza<br>Contributi economici da parte di Enti Locali<br>Assegno di cura<br>Agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche<br>Esenzione dal pagamento del bollo auto<br>Agevolazione Iva al 4% per l'acquisto del veicolo<br>Parcheggio riservato<br>Collocamento mirato<br>Bonus sociali utenze<br>Disability card<br>Altro (specificare) |
| I principali problemi che la famiglia ha dovuto affrontare connessi alla disabilità  | Non ha avuto difficoltà<br>Difficoltà di accesso alle informazioni<br>Tempi lunghi per avere la diagnosi<br>Scarsa sensibilità e disponibilità da parte del personale medico<br>Problemi economici<br>Problemi di inserimento nella società<br>Problemi nelle relazioni con amici e parenti<br>Problemi di conflittualità familiare<br>Solitudine<br>Problemi con la legge   |
| La famiglia è soddisfatta del servizio erogato dal Centro "Dimensione Azzurra"?  | 1) Molto positivo<br>2) Positivo<br>3) Negativo  |
| La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?  | 1) Molto positivo<br>2) Positivo<br>3) Negativo  |

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 11-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa



AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disturbo dell'apprendimento e disturbo del linguaggio |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE08 MEE 09  |
| 3. Menomazione (ICIDH)<br>Funzioni e strutture (ICF)     | Cod. (ICIDH):<br>Cos. (ICF): | B140.3 144.3 167.3                                    |
| 4. Disabilità (ICIDH)<br>Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH)<br>Cos. (ICF)   | D330.3 140.3 145.3210.3 220.3                         |
| 5. Gravità disabilità (tabella C)                        | Scala:                       | 3   |
| 6. prognosi (tabella D)                                  | Scala:                       | 2   |

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

|  |
|--|
| Potenziare le abilità linguistiche e gli apprendimenti (in particolare il controllo ortografico) |
|--|

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

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Tipologia Trattamento: | Logopedia |
| Frequenza:             | 1/6       |
| Durata:                | 180 gg    |

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

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

|      |            |                              |              |
|------|------------|------------------------------|--------------|
| Data | 09/05/2025 | Responsabile del<br>progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|------------------------------|--------------|

Torre del Greco,09-05-2025



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**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 comunicative e negli apprendimenti |
|---|

**ELENCO OBIETTIVI**

|  |
|--|
| Potenziare le abilità linguistiche e gli apprendimenti (in particolare il controllo ortografico) |
|--|

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

|               |
|---------------|
| Logopedia 1/6 |
|---------------|

**OPERATORI:**

|                                |
|--------------------------------|
| Logopedista dott.ssa M. Luccio |
|--------------------------------|

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

|   |
|---|
| Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale |
|---|

**TEMPI DI VERIFICA:**

|                     |
|---------------------|
| A metà e fine ciclo |
|---------------------|

## RISULTATO

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

|      |            |   |  |  |              |
|------|------------|---|--|--|--------------|
| Data | 09/05/2025 | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,09-05-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

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

i 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 terapeuta: si utilizza il Protocollo F associato al Protocollo E.

Torre del Greco,09-05-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |        |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome         | GRAVINA    | Nome                | ENTONY |
| Data di nascita | 18-08-2014 | Cartella Clinica n. | 7647   |

**SEZIONE 9 - DIMISSIONI****VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI****MOTIVO:**

|                            |   |   |                      |
|----------------------------|---|---|----------------------|
| SCADENZA AMMINISTRATIVA    | RAGGIUNTI OBIETTIVI   | RIFIUTO UTENTE A<br>CONTINUARE IL TRATTAMENTO | DECESSO DEL PAZIENTE |
| ALTRO                      | (specificare)   |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>INGRESSO:   | Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in ritardo cognitivo lieve e deprivazione ambientale |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Disturbo dell'apprendimento e disturbo del linguaggio   |   |                      |

**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<br>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:   | 09/05/2025 | Direttore<br>Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (geni<br>tore/tutore se<br>minore) |            |                        |  |

Torre del Greco,09-05-2025