

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disabilità intellettiva di grado lieve |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        |  |
| 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 dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze cognitive e comunicative, sostegno agli apprendimenti, 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 progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|--|---------------------------|--------------|

Torre del Greco, 27-07-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 negli apprendimenti, nelle funzioni esecutive, nelle autonomie personali e sociali

**ELENCO OBIETTIVI**

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

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

T. 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, 27-07-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

12 anni, in trattamento abilitativo di TO 2 sett per un lieve disabilità intellettuiva .

Sul piano scolastico opera su livelli di una II III elementare; opera con convinzione e competenza in ambito pratico. A scuola non fa uso della calcolatrice né di altri strumenti compensativi/dispensativi. In tal senso sarebbe opportuno valutarne l'uso. Non gestisce il denaro né l'orologio: in tal senso deve esercitarsi anche in termini pratici.

La madre va guidata in tal senso allo scopo di potenziare le autonomie della ragazzina in ambito domestico e sociale (s/vestizione, gestione dell'igiene personale, s/apparecchiare, uso dell'orologio, del denaro ecc...).

Sul piano abilitativo prosegua nel lavoro in atto per il potenziamento delle autonomie personali e sociali.

Torre del Greco,27-07-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 L.

Torre del Greco, 27-07-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

All'attuale valutazione il quadro clinico risulta stazionario , non ci sono variazioni da segnalare rispetto alla scorsa valutazione finale. Il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di raggiungere in evoluzione migliorativa in tutte le aree.

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

Stimolazione cognitiva globale; Potenziamento delle autonomie personali e sociali; Strategie di problem solving situazionale e sociale;

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>Data:</b> | 10/08/2022 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 10-08-2022

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
TUFANO GRAZIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

All'attuale valutazione non si registrano variazioni sostanziali da segnalare , gli apprendimenti relativi all'area spazio/tempo risultano discreti . Il trattamento terapeutico in t.o ,continua al fine di raggiungere un evoluzione migliorativa in tutte le aree ed in particolare per ciò che concerne le autonomie personali e sociali.

**Data:** 10/10/2022

Torre del Greco, 10-10-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

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

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>Data:</b> | 10/12/2022 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 10-12-2022

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

12 1/2 anni, in trattamento abilitativo di TO 2 sett per un lieve disabilità intellettuiva .

1° media con sostegno.

Si conferma la buone evoluzione delle funzioni operative.

Sul piano scolastico opera su livelli di una II III elementare; opera con convinzione e competenza in ambito pratico. A scuola non fa uso della calcolatrice né di altri strumenti compensativi/dispensativi. In tal senso sarebbe opportuno valutarne l'uso.

Non gestisce il denaro né l'orologio: in tal senso deve esercitarsi anche in termini pratici.

In casa ed a scuola è prevalentemente impegnata per le attività scolastiche. Non fa sport ne altre attività particolari.

La madre va guidata in tal senso allo scopo di potenziare le autonomie della ragazzina in ambito domestico e sociale (s/vestizione, gestione dell'igiene personale, s/apparecchiare, uso dell'orologio, del denaro ecc...).

L'intervento abilitativo ha ottenuto i risultati programmati.

04.01.2023

Torre del Greco, 04-01-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

All'attuale valutazione sono ancora presenti difficoltà negli apprendimenti area spazio/tempo e nelle autonomie sia personali che sociali . Il trattamento terapeutico in T.o continua al fine di raggiungere un' evoluzione migliorativa in tutte le aree.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

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

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

|   |
|---|
| Stimolazione cognitiva globale ;<br>Potenziamento autonomie personali e sociali;<br>Supporto agli apprendimenti |
|---|

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

|              |          |
|--------------|----------|
| <b>Data:</b> | 30/01/23 |
|--------------|----------|

Torre del Greco,30-01-2023

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
TUFANO GRAZIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disabilità intellettuale di grado lieve |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE17                                   |
| 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 dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze cognitive e comunicative, sostegno agli apprendimenti, 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 progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|--|---------------------------|--------------|

Torre del Greco, 31-01-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 funzioni esecutive e nelle autonomie

**ELENCO OBIETTIVI**

Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sviluppo delle competenze cognitive e comunicative, sostegno agli apprendimenti, 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, 31-01-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 L.

Torre del Greco, 31-01-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | 318 - Disabilità intellettuale moderata-severa   |
| 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:                       |  |
| 6. Prognosi (tabella D)                                  | Scala:                       |  |

**OUTCOME GLOBALE**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Migliorare l'adattamento globale |  |
|----------------------------------|--|

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

|   |
|---|
| Supportare l'acquisizione delle autonomie previste per età sia sociali che personali. |
|---|

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

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Tipologia Trattamento: | TO 2/7 |
| Frequenza:             | 2/7    |
| Durata:                | 180gg  |

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

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

|      |            |                           |  |
|------|------------|---------------------------|--|
| Data | 06.02.2023 | Responsabile del progetto |  |
|------|------------|---------------------------|--|

Torre del Greco, 06-02-2023

**MEDICO SPECIALISTA**  
 Dott.ssa  
 CAVALLARO FRANCESCA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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:**

Ritardo delle competenze cognitive e delle capacità di adattamento. Deficit funzionali in tutte le aree.

**ELENCO OBIETTIVI**

migliorare le autonomie, le abilità sociali e l'adattamento

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

terapia occupazionale

**OPERATORI:**

terapista occupazionale

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

valutazione clinica a termine

**TEMPI DI VERIFICA:**

tra sei mesi

**RISULTATO**

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

|      |            |   |  |  |              |
|------|------------|---|--|--|--------------|
| Data | 06.02.2023 | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---|--|--|--------------|

Torre del Greco, 06-02-2023

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.ssa  
CAVALLARO FRANCESCA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Piccola di 12 anni e mezzo seguita per disabilità intellettuva moderata severa in terapia occupazionale.

Attualmente frequenta I media con sostegno per 2 ore/die e riferita difficoltà di adattamento al setting scolastico.

All'osservazione buon adattamento al setting ma intolleranza alle attese e scarso rispetto del turn talking.  
Comprensione delle consegne possibile se semplici e contestuali con tendenza a distogliere e perdere il focus narrativo.

Apprendimenti deficitari, scarsa elaborazione delle competenze comunicative.

Torre del Greco, 09-02-2023

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.ssa  
CAVALLARO FRANCESCA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Federica, 12 anni, frequenta la prima media con sostegno per sole 2 ore alla settimana ed è sottoposta a trattamento abilitativo per "disabilità intellettuva moderato-severa".

Pratica TO 2/6. Gli apprendimenti risultano deficitari per età.

Durante il colloquio, la ragazza mostra un buon adattamento al setting e appare socievole rispondendo volentieri alle domande poste del clinico. Tuttavia, tende a non rispettare i turni durante la conversazione con costante intervento durante l'interazione tra il clinico e la figura materna.

Torre del Greco, 09-02-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

| N. | OBIETTIVI                       | RAGGIUNTO  |
|----|---------------------------------|------------|
|    | Autonomie personali e sociali   | SI P.R. NO |
|    | Apprendimenti area spazio/tempo | SI P.R. NO |
|    | Problem solving                 | SI P.R. NO |
|    |                                 | SI P.R. NO |

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Quadro clinico stazionario , gli apprendimenti non risultano ancora adeguati .

|              |         |
|--------------|---------|
| <b>Data:</b> | 2/03/23 |
|--------------|---------|

Torre del Greco,02-03-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Non risultano variazioni da segnalare. Il trattamento terapeutico in t.o continua così come specificato nella precedente valutazione.

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

Potenziamento autonomie personali e sociali;

Supporto agli apprendimenti;

Strategie di problem solving

**Data:** 16/02/23

Torre del Greco, 07-03-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Quadro clinico stazionario , non risultano variazioni da segnalare.

|              |          |
|--------------|----------|
| <b>Data:</b> | 23/05/23 |
|--------------|----------|

Torre del Greco, 23-05-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Paziente seguita per Disabilità intellettuale moderato-severa. In trattamento tipo Terapia Occupazionale 2/7. Pregresso trattamento riabilitativo tipo PNNE e logopedia. Ha terminato la prima classe di scuola media con ausilio del docente di sostegno. Alimentazione selettiva per gusto, ritmo sonno-veglia regolare. Apprendimenti curriculari riferiti non in linea per età. Autonomie personali non del tutto in linea per età. Descritti comportamenti di natura oppositiva. All'osservazione odierna si apprezza la presenza di discrete capacità di linguaggio verbale con residue imperfezioni fonetico fonologiche; discrete capacità di scambio dialogico. Per quanto esplorabile le autonomie personali non risultano ben acquisite: risulta ancora difficoltosa l'organizzazione del tempo e il riconoscimento dei soldi. Il tono dell'umore appare eutimico Si consiglia prosecuzione del trattamento come da prescrizione del medico prescrittore.

Torre del Greco, 20-07-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Federica, 13 anni, ha terminato la prima media con ausilio del docente di sostegno e buon adattamento al setting scolastico e alle regole. È sottoposta a trattamento riabilitativo per Effettua TO 2/6. Alimentazione selettiva per gusto. La ragazza non mostra sempre iniziativa nell'intraprendere interazioni con i pari e tende al ritiro sociale. Ritmo sonno-veglia regolare. Autonomie riferite in linea per età.

Torre del Greco, 20-07-2023

**CASE MANAGER**

Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

All'attuale valutazione il quadro clinico risulta stazionario, le autonomie personali e sociali non risultano ancora adeguate all'età, così come gli apprendimenti relativi all'area spazio tempo e all'uso del denaro.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vineland in corso

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

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

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

**Data:** 24/07/2023

Torre del Greco, 24-07-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disabilità intellettiva di grado moderato |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE17                                     |
| 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 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<br>progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|--|------------------------------|--------------|

Torre del Greco, 27-07-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 funzioni esecutive, autonomie, apprendimento, adattamento

**ELENCO OBIETTIVI**

Sviluppo del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 2/6

**OPERATORI:**

Terapista occupazionale

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A metà e fine ciclo

**RISULTATO**

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

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

Torre del Greco, 27-07-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 funzioni adattive

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare le abilità necessarie alle autonomie quotidiane (vestizione) e sociali (lettura dell'orologio, conoscenza del denaro)

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 2/6

**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 |  | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|--|---|--|--|--------------|

Torre del Greco, 27-07-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

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

SVILUPPO DELLE COMPETENZE COMUNICATIVE VERBALI E NON VERBALI

SVILUPPO DELLE COMPETENZE COGNITIVE - Discriminazione percettiva - Ragionamento analogico - Ragionamento logico - Alfabetizzazione e calcolo

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

Torre del Greco, 27-07-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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:   | Disabilità intellettuale di grado moderato |  |                      |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Disabilità intellettuale di grado moderato |  |                      |

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

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

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
| Data:  |  | Direttore Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (genitore/tutore se minore) |  |                     |  |

Torre del Greco, 27-07-2023

## SCHEDA SOCIALE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 20-07-2023 |
|-------------------|------------|

**PAZIENTE:**

|                     |            |                     |              |
|---------------------|------------|---------------------|--------------|
| Cognome             | NALDI      | Nome                | FEDERICA     |
| Data di nascita     | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794         |
| Luogo               | NAPOLI     |                     |              |
| Comune di residenza | ERCOLANO   | Grado di istruzione | scuola media |

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

**Riferisce di essere titolare di:**

|   |                |          |
|---|----------------|----------|
| Assegno di cura   | SI             | NO       |
| Indennità di frequenza  | SI             | NO       |
| Indennità di accompagnamento  | SI             | NO       |
| Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma  | Art. 1 comma 1 |          |
| Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza   | T.O            |          |
| Trattamento riabilitativo:  | Privato        | Pubblico |
| Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari? | SI             | NO       |
| Se sì, indicare quali?  |                |          |

**Persone di riferimento/caregiver principale**

|  |                             |          |            |
|--|-----------------------------|----------|------------|
| 1)Cognome  | Riccone                     | Nome     | Angela     |
| Rapporto di parentela  | madre                       |          |            |
| Comune di residenza  | Ercolano                    | Telefono | 3713556933 |
| Condizione professionale   | casalinga                   |          |            |
| 2)Cognome  | Naldi (padre)               | Nome     | Giuseppe   |
| Comune di residenza  | Ercolano                    | Telefono |            |
| Condizione professionale   |                             |          |            |
| N° componenti del nucleo familiare   | 4                           |          |            |
| Composto da  | utente, genitori e fratello |          |            |
| I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo? | SI                          | NO       |            |

## Situazione socio-familiare:

|   |   |
|---|---|
| La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?              | Parenti<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>Aiuti pubblici - Rdc<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?   | 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) - Rdc |
| 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 terapista che pratica il trattamento?  | 1) Molto positivo<br>2) Positivo<br>3) Negativo  |

Torre del Greco, 20-09-2023

### ASSISTENTE SOCIALE

 Dott.ssa  
 Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

In data 04 ottobre 2023 si effettua colloquio con la sig.ra Riccone Angela, madre di Federica, al fine di sensibilizzare all'importanza della continuità terapeutica per una maggiore efficacia del trattamento riabilitativo in atto.

Il caso resta in osservazione.

Torre del Greco, 04-10-2023

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

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

Stimolazione cognitiva globale ;

|              |          |
|--------------|----------|
| <b>Data:</b> | 25/07/23 |
|--------------|----------|

Torre del Greco, 10-10-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

| N. | OBIETTIVI                       | RAGGIUNTO  |
|----|---------------------------------|------------|
|    | Autonomie personali e 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:**

Quadro clinico stazionario non ci sono variazioni da segnalare .

|              |          |
|--------------|----------|
| <b>Data:</b> | 25/09/23 |
|--------------|----------|

Torre del Greco, 10-10-2023

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Paziente seguita per Disabilità intellettuale di grado moderato. In trattamento riabilitativo tipo terapia occupazionale 2/7. Inserita in seconda classe di scuola media con ausilio del docente di sostegno. Ritmo sonno-veglia ed alimentazione regolari. Le autonomie personali risultano non ancora ben acquisite per età sotto diversi aspetti: igiene personale, riconoscimento ed utilizzo dei soldi, orientamento spazio-temporale e lettura dell'orologio. Anche le autonomie sociali non risultano ancora in linea per età con difficoltà dell'ambiente relazionale e difficoltà nel riconoscimento dei diversi contesti sociali. Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore mirato al rafforzamento delle autonomie personali e sociali.

Torre del Greco, 18-01-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Paziente seguita per Disabilità intellettuale di grado moderato. In trattamento riabilitativo tipo terapia occupazionale 2/7. Inserita in seconda classe di scuola media con ausilio del docente di sostegno. Ritmo sonno-veglia ed alimentazione regolari. Le autonomie personali risultano non ancora ben acquisite per età sotto diversi aspetti: igiene personale, riconoscimento ed utilizzo dei soldi, orientamento spazio-temporale e lettura dell'orologio. Anche le autonomie sociali non risultano ancora in linea per età con difficoltà dell'ambiente relazionale e difficoltà nel riconoscimento dei diversi contesti sociali. Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore mirato al rafforzamento delle autonomie personali e sociali.

Torre del Greco, 18-01-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Federica,, 13 anni, frequenta il primo anno di scuola media con sostegno.

Percepisce indennità di frequenza;

L. 104/92 art 3 comma 1;

Trattamento riabilitativo in atto: 2/6 T. O. considerando positivo il rapporto e la professionalità della terapista che pratica il trattamento.

Nucleo familiare composto da 4 persone: utente, genitori e sorella di 22 anni.

Richiesta di Assegno di Inclusione

Il colloquio viene effettuato in data 18 gennaio 2024 con la madre della ragazza , la quale sostiene che la figlia trascorre molto tempo con i dispositivi elettronici. Orientamento circa la possibilità di aderire all'oratorio della Chiesa Santa Croce di Torre del Greco (corso di cucito in quanto Federica riferisce di non voler fare sport).

Migliorata la costanza al trattamento riabilitativo in atto.

Riferite autonomie personali e sociali non ancora in linea con le età.

Il caso resta in osservazione.

Torre del Greco,18-01-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disabilità intellettiva di grado moderato-lieve |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE17   |
| 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**

|  |
|--|
| Migliorare le abilità necessarie alle autonomie quotidiane (vestizione) e sociali (lettura dell'orologio, conoscenza del denaro) |
|--|

**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 progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|--|---------------------------|--------------|

Torre del Greco, 22-01-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 funzioni adattive

**ELENCO OBIETTIVI**

Sviluppo del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 2/6

**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 |  | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |

Torre del Greco, 22-01-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

Torre del Greco, 22-01-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

All'attuale valutazione il quadro clinico risulta stazionario e non ci sono variazioni da segnalare. Le autonomie personali e sociali non risultano adeguate così come gli apprendimenti relativi all'area spazio tempo ed all'uso del denaro.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

Vineland in corso

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Stimolazione cognitiva globale

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

**Data:** 22/01/24

Torre del Greco, 22-01-2024

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
TUFANO GRAZIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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:   | Disabilità intellettuale di grado moderato       |  |                      |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Disabilità intellettuale di grado moderato-lieve |  |                      |

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

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

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
| Data:  |  | Direttore Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (genitore/tutore se minore) |  |                     |  |

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

All'attuale valutazione non si registrano sostanziali variazioni del quadro clinico; il trattamento terapeutico in t.o continua al fine di migliorare le autonomie personali e sociali , le abilità di vestizione e gli apprendimenti relativi all'area spazio/tempo.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

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

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

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

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>Data:</b> | 20/02/2024 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 24-04-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

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

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>Data:</b> | 20/04/2024 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 24-04-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Paziente seguita per Disabilità intellettuale di grado moderato-lieve. In trattamento tipo Terapia Occupazionale 2/7. Attualmente segnalato qualche miglioramento nell'ambito delle autonomie personali seppur queste rimangano sottodimensionate per età. Anche le autonomie sociali non risultano in linea per età. Ritmo sonno-veglia ed alimentazione regolare. Inserita in seconda classe di scuola secondaria di grado inferiore. All'osservazione odierna la ragazza risulta vigile e collaborante. Linguaggio di espressione verbale caratterizzato da errori fonetico-fonologici ed alcuni errori nella strutturazione morfo-sintattica della frase. La ragazza riconosce le monete ed il valore ad esse associato. Presenta difficoltà nel conteggio. Presenti difficoltà nella lettura dell'orologio in formato analogico e nella scansione temporale. Presenti difficoltà mnestiche e lieve instabilità attentiva. Non in linea le conoscenze delle diverse dinamiche sociali e delle strategie sociali di approccio ai coetanei. Si rimanda alle competenze del medico prescrittore per la prosecuzione del progetto riabilitativo. Utile valutare prosecuzione di lavoro riabilitativo focalizzato al potenziamento delle funzioni adattive della ragazza.

Torre del Greco, 12-06-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Federica, quasi 14enne, è in trattamento riabilitativo tipo terapia occupazionale 2/7.

Ha terminato il secondo anno di scuola media con ausilio del docente di sostegno. Richiesto aggravamento della L. 104/92 per le ore di sostegno.

Ritmo sonno-veglia ed alimentazione regolari.

Le autonomie personali e sociali risultano non ancora ben acquisite per età .

Si effettua colloquio in data 12 giugno 2024 con la madre di Federica, la quale riferisce comportamenti oppositivi della ragazza.

Utilizzo costante dei dispositivi elettronici

Utile monitoraggio

Torre del Greco, 12-06-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disabilità intellettiva di grado moderato |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE17                                     |
| 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**

|  |
|--|
| Lavorare sull'aspetto cognitivo, comportamentale, autonomie sociali e personali. |
|--|

**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 | 31/07/2024 | Responsabile del progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---------------------------|--------------|

Torre del Greco, 31-07-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 cognitive, comportamentali e nelle autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavorare sull'aspetto cognitivo, comportamentale, autonomie sociali e personali.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 2/6

**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 | 31/07/2024 | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |

Torre del Greco, 31-07-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

Torre del Greco, 31-07-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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:   | Disabilità intellettuale di grado moderato       |  |                      |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Disabilità intellettuale di grado moderato-lieve |  |                      |

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

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

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

|  |            |                     |  |
|--|------------|---------------------|--|
| Data:  | 31/07/2024 | Direttore Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (genitore/tutore se minore) |            |                     |  |

Torre del Greco, 31-07-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto abilitativo: lavorare sull'aspetto cognitivo, comportamentale, autonomie sociali e personali. Discreta la compliance al trattamento e le risposte, così come la motivazione a svolgere le attività proposte. Marcata difficoltà nel consolidamento e la generalizzazione di competenze legate all'utilizzo dell'orologio e del denaro con difficoltà di calcolo. Continua il trattamento come quanto impostato.

Torre del Greco, 24-01-2025

**CASE MANAGER**

Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disabilità intellettiva di grado moderato |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE17                                     |
| 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**

|   |
|---|
| Lavorare sull'aspetto relazionale, comunicativo, autonomie personali e sociali. |
|---|

**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 | 25/03/2025 | Responsabile del<br>progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|------------------------------|--------------|

Torre del Greco, 25-03-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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 cognitive, comportamentali e nelle autonomie.

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavorare sull'aspetto relazionale, comunicativo, autonomie personali e sociali.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Terapia occupazionale 2/6

**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 | 25/03/2025 | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |

Torre del Greco, 25-03-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

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

Torre del Greco, 25-03-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Il trattamento terapeutico in terapia occupazionale per Federica prosegue da diverso tempo con l'obiettivo di potenziare le sue abilità pratiche, in particolare il riconoscimento dell'orologio e l'uso del denaro. Nonostante l'impegno costante e il lavoro su queste competenze, al momento non si evidenziano progressi significativi, e la paziente continua a incontrare difficoltà nell'apprendimento di questi concetti. Durante le sedute, abbiamo cercato di affrontare il tema dell'orologio utilizzando diverse strategie, tra cui orologi analogici e digitali, associazioni con momenti della giornata e attività pratiche che collegano il passare del tempo ad azioni concrete. Tuttavia, la comprensione della relazione tra le lancette e l'orario rimane complessa per lei, così come il riconoscimento delle ore e dei minuti. Anche il concetto di tempo nella vita quotidiana, come la durata di un'attività o il passaggio da un momento della giornata all'altro, non sembra ancora del tutto acquisito. Parallelamente, stiamo lavorando anche sull'uso del denaro, cercando di aiutarla a riconoscere il valore delle monete e delle banconote, a fare piccoli calcoli e a comprendere il concetto di resto. Abbiamo proposto esercizi pratici, giochi di ruolo e simulazioni di acquisti, ma nonostante l'interesse iniziale, la difficoltà nel gestire i numeri e nel fare associazioni corrette tra denaro e prezzi persiste. Abbiamo adottato diversi approcci per supportare il suo apprendimento, utilizzando materiali visivi e attività ludiche per rendere il processo più coinvolgente e concreto. Nonostante ciò, la memorizzazione e l'applicazione pratica rimangono difficili, suggerendo la necessità di esplorare ulteriori strategie o di adattare gli obiettivi alle sue capacità attuali. Considerando il percorso svolto fino a oggi, potrebbe essere utile rivedere il metodo di insegnamento, focalizzandoci su un approccio ancora più pratico e personalizzato, magari coinvolgendo maggiormente la famiglia per rinforzare le competenze anche nel quotidiano. Inoltre, potrebbe essere utile valutare se ci siano difficoltà cognitive specifiche che ostacolano l'apprendimento di questi concetti, così da poter tarare meglio l'intervento terapeutico.

Nonostante le difficoltà, la paziente partecipa attivamente alle sedute e mostra interesse nelle attività proposte, il che rappresenta un elemento positivo su cui continuare a lavorare. Il percorso terapeutico proseguirà con l'obiettivo di trovare le strategie più efficaci per aiutarla a sviluppare maggiore autonomia nella gestione del tempo e del tempo.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

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

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Stimolazione cognitiva globale ;

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

RAGGIUNTO

**Data:** 

Torre del Greco, 25-03-2025

**TERAPISTA**  
Dott.ssa  
TUFANO GRAZIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

**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:   | Disabilità intellettuale di grado moderato |  |                      |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Disabilità intellettuale di grado moderato |  |                      |

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

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

**N.B.:** copia della presente scheda di dimissione deve essere consegnata a cura del paziente o suo familiare al Medico di Base e all' ASL competente.

|  |            |                     |  |
|--|------------|---------------------|--|
| Data:  | 25/03/2025 | Direttore Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (genitore/tutore se minore) |            |                     |  |

Torre del Greco, 25-03-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Giunge in valutazione NPI in compagnia della madre. Giunge con diagnosi di "Disabilità intellettuale di grado moderato"

Alla valutazione odierna:

-accede al setting con buon adattamento, disponibile al colloquio ed alle attività proposte dal clinico, si rileva lieve disinibizione

-buon rispetto di regole e ruoli

-linguaggio verbale caratterizzato da povertà di contenuti e vocabolario, scarse competenze narrative e immaginative. Globalmente discrete le competenze e l'iniziativa socio-relazionali così come le competenze dialogiche

-comprensione possibile per consegne semplici

-autonomie non in linea per età

Programma:

-continua il lavoro sulle autonomie sociali e personali

-supportare il pensiero astratto

-si condivide, con la madre, la possibilità di inserimento in attività ludico ricreative di pari anche a carattere socio-sanitario

Torre del Greco, 28-05-2025

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.

SALZANO ANTONIO

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |          |
|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Cognome         | NALDI      | Nome                | FEDERICA |
| Data di nascita | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794     |

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

Data:28 Maggio 2025

**Partecipanti al colloquio:** Signora Riccone Angela, minore Naldi Federica

**Terapie in atto:** T.O ( 2 settimanali)

**Osservazioni emerse:**

Naldi Federica ,15 anni, Disabilità intellettuva di grado moderato.

Durante il colloquio, la minore si è presentata serena, collaborativa e ben predisposta al dialogo. Ha risposto positivamente agli stimoli forniti dalle domande, ricostruendo con il supporto degli adulti la propria routine quotidiana e le relazioni significative.

**Contesto scolastico**

Il minore frequenta il terzo anno della scuola secondaria con il supporto dell'insegnante di sostegno.

La madre considera l'ambiente educativo favorevole e supportivo, in grado di promuovere le competenze educative e scolastiche , risulta buona l'integrazione nel cestello classe con i pari.

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dalla madre, dal padre e dalla paziente in carico. Il nucleo familiare si sostiene economicamente grazie al reddito lavorativo del padre e all'indennità di frequenza percepita per la minore.

Riferita buona rete familiare.

Torre del Greco,28-05-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA

## SCHEDA SOCIALE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 28-05-2025 |
|-------------------|------------|

**PAZIENTE:**

|                     |            |                     |            |
|---------------------|------------|---------------------|------------|
| Cognome             | NALDI      | Nome                | FEDERICA   |
| Data di nascita     | 01-07-2010 | Cartella Clinica n. | 5794       |
| Luogo               | NAPOLI     |                     |            |
| Comune di residenza | ERCOLANO   | Grado di istruzione | secondaria |

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

**Riferisce di essere titolare di:**

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

**Persone di riferimento/caregiver principale**

|  |                       |          |            |
|--|-----------------------|----------|------------|
| 1)Cognome  | Riccone               | Nome     | Angela     |
| Rapporto di parentela  | madre                 |          |            |
| Comune di residenza  | Ercolano              | Telefono | 3713556933 |
| Condizione professionale   |                       |          |            |
| 2)Cognome  | Naldi                 | Nome     | Giuseppe   |
| Comune di residenza  | Ercolano              | Telefono |            |
| Condizione professionale   | operaio               |          |            |
| N° componenti del nucleo familiare   | 3                     |          |            |
| Composto da  | madre, padre e minore |          |            |
| 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>Altro (specificare)   |
| 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>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 terapista che pratica il trattamento?  | 1) Molto positivo<br>2) Positivo<br>3) Negativo  |

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 28-05-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa

---

AMENO ALESSIA