

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Ritardo evolutivo globale, disturbo del neurosviluppo con maggiore compromissione |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE07 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**

|   |
|---|
| Lavoro sulla comunicazione, l'interazione sociale |
| Migliorare aggancio visivo                        |
| Favorire lo sviluppo dell'attività di gioco       |
| Favorire attenzione condivisa                     |

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

|                        |          |
|------------------------|----------|
| Tipologia Trattamento: | NPEE 4/6 |
| Frequenza:             | 4/6      |
| Durata:                | 180 gg   |

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

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

|      |            |                              |  |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 22-02-2024 | Responsabile del<br>progetto |  |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,20-02-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Difficoltà adattive, comunicative e relazionali

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavoro sulla comunicazione

L'interazione sociale

Migliorare aggancio visivo

Favorire lo sviluppo dell'attività di gioco

Favorire attenzione condivisa

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Neuropsicomotricità

**OPERATORI:**

NPEE Dott.ssa R.Acampora

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

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

Torre del Greco,20-02-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

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

Torre del Greco,20-02-2024

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### GENERALITA' DELL'ASSISTITO

|                  |                 |                 |                  |
|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Cognome          | FERRANTINO      | Nome            | MARIO            |
| Data di nascita  | 10-08-2021      | Codice Fiscale  | FRRMRA21M10G813N |
| Comune Residenza | TORRE DEL GRECO | Provincia       | NA               |
| Indirizzo        | PISCOPIA 6      | CAP             | 80059            |
| Prescrittore     |                 |                 |                  |
| Asl e Distretto  |                 | Telefono        | 3668266995       |
| Data ammissione  | 20-02-2024      | Data dimissione |                  |

### DIAGNOSI

CODICE RITARDO EVOLUTIVO GLOBALE

MEE07 MEE17

EVENTUALI NOTE:

## SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE

Familiarità per patologie di interesse NPI (mutismo selettivo, sindrome di West).

### ANAMNESI FISIOLOGICA:

Terzogenito di tre germani nato pretermine da gravidanza caratterizzata da rottura prematura delle membrane con ricorso a TC d'urgenza per tracciato tocografico alterato. Fenomeni perinatali caratterizzato ittero trattato con fototerapia. Allattamento in formula con riferita buona suzione, svezzamento in epoca con buon adattamento. Alimentazione attuale abbastanza varia. Ritmo sonno-veglia caratterizzato da difficoltà di addormentamento e risvegli notturni

**ANAMNESI REMOTA:**

Tappe dello sviluppo neuropsicomotorio: deambulazione autonoma acquisita a circa 18 mesi; lallazione a circa a 18 mesi, presenti solo accenni a singole parole; controllo sfinterico non ancora acquisito. Prime preoccupazioni insorte per mancata risposta al nome, scarsa interazione con i pari, presumibili manierismi motori nei momenti di maggiore attivazione emotiva. Presenti anche elementi di ipersensorialità visiva.

**ANAMNESI PROSSIMA**

Effettuata presa in carico presso i servizi di riferimento territoriale conclusiva per "Ritardo evolutivo globale. disturbo del neurosviluppo con maggiore compromissione della comunicazione e relazionale". Si prescriveva anche visita ORL ed ABR ed assunzione di melatonina per regolarizzare il sonno. Attualmente non assume melatonina. Ha effettuato esame ABR per quanto riferito, risultati ella norma (non esibita documentazione al momento della raccolta anamnestica). Attualmente descritta lieve evoluzione positiva delle competenze di linguaggio seppur sottodimensionate per età. I leggero miglioramento anche le competenze comunicativo-relazionale dall'avvio del trattamento condotto in regime privato.

**ANAMNESI PATOLOGICA:**

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

**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

Pregresso trattamento neuropsicomotorio condotto in regime privato.

**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

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

Torre del Greco,28-02-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

Paziente seguito per Ritardo evolutivo globale, disturbo del neurosviluppo con maggiore compromissione. Avvierà trattamento presso la struttura tipo PNEE 3/7. Attualmente segnalata presenza di selettività alimentare ed irregolarità del ritmo sonno-veglia. Non ancora inserito presso scuola dell'infanzia. Segnalato dalla coppia genitoriale complessivo miglioramento dello sviluppo neuropsicomotorio con l'avvio di trattamento in regime privato. Ad oggi però persistono deficit dell'area della regolazione emotiva e comportamentale, sociale e del linguaggio. In data odierna l'osservazione del piccolo risulta difficoltosa per la presenza di sonnolenza del piccolo con successivo addormentamento. Per quanto possibile si rileva la presenza di capacità comunicative ipovalide per età anche nell'espressione dei propri bisogni. Il piccolo pronuncia principalmente singole parole; riferito da genitori utilizzo di un vocabolario ridotto con frequenti approssimazioni di parole. In corso di visita si osservano difficoltà di regolazione emotiva con presenza di crisi di pianto, in parte da addurre allo stato di sonnolenza in parte da addurre a difficoltà comunicative.

Utile avvio del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore mirato al potenziamento globale delle funzioni di sviluppo neuropsicomotorio.

Torre del Greco, 28-02-2024



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

Mario, 2 anni e mezzo, è in procinto di iniziare trattamento di NPEE trisettimanale per “Ritardo evolutivo globale, disturbo del neurosviluppo con maggiore compromissione”.

Al momento dell’osservazione, in data 28/02/2024 Mario mostra scarso adattamento al setting e alle regole, scarsa tolleranza a frustrazioni e dinieghi ed esplora caoticamente lo spazio. Ricerca conforto della figura genitoriale. Tale condotta appare verosimilmente riconducibile alle difficoltà relative all’addormentamento riferite dai genitori che lamentano ritmo sonno-veglia irregolare. Scarsa la tolleranza all’attesa. Tende frequentemente a lanciare gli oggetti a sua disposizione. Ipercinesia. Selettività alimentare. Riferita presenza di intenzionalità comunicativa. Controllo sfinterico non ancora acquisito.

Torre del Greco,28-02-2024

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

## SCHEDA SOCIALE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 28-02-2024 |
|-------------------|------------|

### PAZIENTE:

|                     |                             |                     |                  |
|---------------------|-----------------------------|---------------------|------------------|
| Cognome             | FERRANTINO                  | Nome                | MARIO            |
| Data di nascita     | 10-08-2021 (2 anni e mezzo) | Cartella Clinica n. | 7838             |
| Luogo               | POMPEI                      |                     |                  |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO             | Grado di istruzione | non scolarizzato |

|  |    |    |
|--|----|----|
| 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 Orientamento |
| Indennità di accompagnamento  | SI       | NO              |
| Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma  | NO       |                 |
| Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza   | 4/6 NPEE |                 |
| 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  | Esposito   | Nome     | Mariarca   |
| Rapporto di parentela  | madre  |          |            |
| Comune di residenza  | Torre del Greco  | Telefono | 3349980784 |
| Condizione professionale   | casalinga  |          |            |
| 2)Cognome  | Ferrantino   | Nome     | Ciro       |
| Comune di residenza  | Torre del Greco  | Telefono |            |
| Condizione professionale   | supporto formazione lavoro - venditore ambulante       |          |            |
| N° componenti del nucleo familiare   | 5  |          |            |
| Composto da  | utente, genitori, 1 sorella (16 a.), 1 fratello (8 a.) |          |            |
| I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo? | SI   | NO       |            |

**Situazione socio-familiare:**

|   |   |
|---|---|
| La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?              | Parenti<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) Adi  |
| 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 (Centro Aurora)<br>Medicinali<br>Ausili vari: Pannolini<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 - Adi<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) carta acquisti |
| 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 professionalità 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) Nuovo inizio<br>2) Positivo<br>3) Negativo   |
| La famiglia come considera il rapporto con il terapeuta che pratica il trattamento?  | 1) Nuovo inizio<br>2) Positivo<br>3) Negativo   |

## Osservazioni nel colloquio

Il colloquio si effettua in data odierna con entrambi i genitori di Mario.

Torre del Greco, 28-02-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

Paziente seguito per Ritardo evolutivo globale, disturbo del neurosviluppo con maggiore compromissione. In trattamento riabilitativo tipo NPEE 3/7. Descritto dai genitori globale miglioramento dello sviluppo neuropsicomotorio in tutte le aree, seppur questo risulti comunque in ritardo rispetto a quanto atteso. Persistono elementi di disregolazione emotiva associati a disreattività; non sempre rilevabile un antecedente al comportamento disfunzionale. Alimentazione selettiva caratterizzata da assunzione frequente di singolo alimento. Ritmo sonno-veglia regolare. Non ancora acquisito controllo sfinterico. Autonomie personali non in linea per età. All'osservazione odierna piccolo vigile e collaborante. Evidente irrequietezza motoria con instabilità del focus attentivo. Attività ludiche ipostrutturate per età, con accenni di gioco rappresentativo ma accesso sfuggente al contenuto simbolico dell'oggetto. In miglioramento le capacità di intersoggettività primaria e secondaria. Maggiormente sostenuto l'aggancio oculare e sono presenti episodi di triangolazione dello sguardo incompleta. Accenna al pointing solo vicino all'oggetto di riferimento. Emette in corso di visita numerosi vocalizzi anche a scopo di condivisione di attività gradite. Presente frequente gergolalia. Complessivamente il linguaggio risulta ipostrutturato per età. Linguaggio ricettivo non in line per età. Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore. Utile lavoro mirato al potenziamento del linguaggio, delle capacità di intersoggettività e mirata ad impegnare la comunicazione globale. Utile anche lavoro mirato al raggiungimento del controllo sfinterico.

Torre del Greco,24-07-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

Mario, quasi 3 anni, a settembre inizierà la scuola dell'infanzia.

Riferito esito della commissione: riconosciuta indennità di accompagnamento e L. 104/92 art 3 comma 3 (in attesa di verbale).

Trattamento riabilitativo in atto: 3/6 NPEE, considerando positivo il rapporto e la professionalità della terapeuta che pratica il trattamento.

Nucleo familiare composto da 5 persone: utente, genitori in ABS (avviata la procedura per il SFL), sorella in ABS di 17 anni e fratello in ABS di 9 anni.

Il colloquio viene effettuato in data 24 luglio 2024 con entrambi i genitori del bambino, i quali riferiscono di avere difficoltà nella gestione del piccolo. Rete familiare presente.

Autonomie non in linea per età. Non ancora acquisito controllo sfinterico.

Torre del Greco, 24-07-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disturbo compatibile con spettro autistico da approfondire. Aspetto iperattivo. |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE07 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 sulla interazione sociale, comunicazione, gioco. Supporto del linguaggio |
|---|

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

|                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| Tipologia Trattamento: | NPEE 4/6, Log. 2/6 pt familiare 1/6 |
| Frequenza:             | 7/6                                 |
| Durata:                | 240 gg                              |

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

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

|      |            |                           |  |
|------|------------|---------------------------|--|
| Data | 02/08/2024 | Responsabile del progetto |  |
|------|------------|---------------------------|--|

Torre del Greco,02-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Difficoltà adattive, comunicative e relazionali

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavorare sulla interazione sociale, comunicazione, gioco. Supporto del linguaggio.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Neuropsicomotricità, Logopedia (in attesa di assegnazione) e Psicoterapia familiare (in attesa di assegnazione)

**OPERATORI:**

NPEE Dott.ssa R.Acampora

**MISURE D'ESITO APPLICATE**



Valutazione iniziale, intermedia e finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A metà e fine ciclo

**RISULTATO**

|      |            |   |  |  |  |
|------|------------|---|--|--|--|
| Data | 02/08/2024 | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo |  |
|------|------------|---|--|--|--|

Torre del Greco,02-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

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

Torre del Greco,02-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

**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 compatibile con spettro autistico, da approfondire. Aspetto iperattivo. |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Disturbo compatibile con spettro autistico, da approfondire. Aspetto iperattivo. |   |                      |

**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 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:   | 02/08/2024 | Direttore<br>Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (geni<br>tore/tutore se<br>minore) |            |                        |  |

Torre del Greco,02-08-2024

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

È in fase di costruzione positiva il rapporto tra terapeuta/paziente.

Sin dalla prima osservazione e valutazione, è emersa un'irrequietezza motoria che non gli consente di mantenere a lungo il focus attentivo. Il gioco simbolico è in evoluzione positiva.

A livello comunicativo-relazionale, presente il contatto oculare e l'intenzionalità. Il bambino cerca l'altro per giocare e utilizza il canale mimico-gestuale per comunicare i suoi bisogni.

Il linguaggio non risulta in linea con l'età cronologica, sia in input sia in output. La produzione spontanea è caratterizzata da poche parole (mamma, papà, croché, giocare) con alterazioni fonetico-fonologiche che influenzano l'intelligibilità.

Presente ancora il ciuccio. Sono state date indicazioni alla famiglia per eliminare questo vizio.

Si rende necessario un lavoro che vada a potenziare la comunicazione globale, facendo leva sull'intersoggettività.

**TESTS SOMMINISTRATI:**

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

**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

-Miglioramento della comunicazione globale

-Incremento del focus attentivo

-Incremento della produzione linguistica

-Miglioramento del linguaggio in input

Attività di gioco simbolico, giochi di interazione sociale

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

Torre del Greco,25-11-2024

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
CIARAMELLA SONIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto abilitativo: lavorare sulla interazione sociale, comunicazione, gioco. Supporto del linguaggio. Buona la compliance al trattamento e le risposte così come la motivazione a svolgere le attività proposte. Contatto oculare meglio investito nell'interazione. Adeguata la risposta al nome. In riferita evoluzione migliorativa le abilità relazionali e di socializzazione così come le competenze ludiche e la tendenza a ricercare l'altro. Linguaggio ancora ipostrutturato. Continua il trattamento abilitativo così come quanto impostato.

Torre del Greco,17-03-2025

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

La valutazione attuale evidenzia una buona relazione tra la terapeuta e il paziente, caratterizzata da una buona compliance alla terapia.

Durante il periodo di trattamento, si è osservato un miglioramento nella gestione dell'iperattività motoria, che ha permesso di introdurre attività a tavolino, oltre a quelle in un contesto libero.

Tuttavia, permane una certa irrequietezza motoria, che richiede l'alternanza tra le due modalità di attività, in quanto il paziente non riesce a mantenere per un tempo adeguato il focus attentivo. Il paziente continua a mostrare difficoltà nei tempi di attesa e nel rispetto delle regole, che richiedono un'attenzione particolare nella terapia. Infatti, i genitori riferiscono difficoltà nella gestione quotidiana del bambino.

Per quanto concerne l'aspetto comunicativo, le competenze sociali di Mario sono in evoluzione positiva con un miglioramento sia nell'interazione sociale sia nel contatto oculare, che si presenta costante.

Per quanto riguarda il gioco, questo si presenta maggiormente funzionale, con lo sviluppo del gioco simbolico. Grazie ad una terapia mirata attraverso il gioco, si è registrata l'esplosione del vocabolario, che è oggi in continua espansione. La produzione linguistica è caratterizzata dall'introduzione di nuove parole di maggiore frequenza d'uso (categorie: animali, cibo, mezzi di trasporto, azioni) e dall'inizio della formulazione di frasi minime.

La terapia proseguirà con attività mirate ad ampliare il vocabolario, sia in input che in output, nonché al potenziamento della comprensione morfo-sintattica. A livello fonetico-fonologico, il paziente presenta un inventario fonetico incompleto e processi di semplificazione di sistema e di struttura

che influenzano l'intellegibilità dell'eloquio.

## TESTS SOMMINISTRATI:

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

## OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Gli obiettivi della terapia sono:

- 0. Miglioramento nella gestione dell'iperattività motoria anche per un incremento dell'attenzione
- 0. Incremento del vocabolario sia in input sia in output
- 0. Miglioramento del livello fonetico-fonologico del linguaggio per favorire una maggiore intelligibilità dell'eloquio
- 0. Incrementare la comunicazione e lo scambio relazionale
- 0. Incremento dei tempi attentivi, di attesa e del rispetto delle regole

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

Data: 

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

Torre del Greco,10-04-2025

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
CIARAMELLA SONIA



**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

Dalla valutazione neuro psicomotoria attuale si evidenzia un quadro clinico in evoluzione positiva sui vari piani di sviluppo del bambino.

Buona la compliance nel setting terapeutico.

Nell'ambito della diade bambino terapeuta è presente un Interazione /relazione caratterizzata dalla presenza e dallo scambio di sorrisi e sguardi.

Migliorato l'aggancio visivo lo sguardo referenziale, l'attenzione condivisa.

Incrementata l'intenzionalità comunicativa incrementata l'iniziativa spontanea nell'interazione, seppur essa è centrata ancora, prevalentemente, nel soddisfare i propri bisogni. Il bambino utilizza pointing richiestivo e dichiarativo, richiamando l'attenzione dell'altro su un focus esterno comune.

Seppure persistente, l'irrequietezza psicomotoria appare lievemente ridotta, e questo ha permesso di poter alternare attività di gioco non strutturato ad attività un po' più strutturate seduto a tavolino.

Lievemente migliorata la capacità d'attesa.

I tempi attentivi sono lievemente in aumento ma ancora molto ridotti e vanno ampliati.

Presente gioco funzionale e in emergenza quello di finzione ciò ha permesso di poter realizzare un lavoro mirato volto a favorire l'emergere del linguaggio che si caratterizza per la produzione di molte più paroline.

Buona in generale la comprensione di richieste semplici.

Ci sono rigidità e circostanze in cui, (ad esempio se gli viene negato l'accesso ad oggetti tangibili particolarmente piacevoli per il bambino o quando vuole l'attenzione dell'altro) il bambino mette in atto comportamenti oppositivi e inadeguati

I genitori riferiscono di una difficoltà di gestione dei comportamenti disfunzionali del bambino, che condiziona e coinvolge l'intero assetto familiare.

## TESTS SOMMINISTRATI:

## OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Favorire un maggiore rispetto delle regole ed una maggiore tolleranza alle frustrazioni

Incrementare la capacità d'attesa

Ridurre i comportamenti disfunzionali

Ridurre l'irrequietezza psicomotoria ed incrementare i tempi attentivi e di permanenza al compito

Favorire lo sviluppo comunicativo/sociale ed una stimolazione globale

Favorire un gioco simbolico più ricco in termini di contenuti e sequenze

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

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>Data:</b> | 10/04/2025 |
|--------------|------------|

Torre del Greco,10-04-2025

**TERAPISTA**

ACAMPORA RAFFAELLA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

Giunge in visita in compagnia dei genitori

Quadro clinico compatibile con ritardo di sviluppo psicomotorio, in contesto di livelli motori aumentati, bassi livelli attentivi, rigidità compartamentale, stimolazione sensoriale, immaturità socio-comunicativa-relazionale, linguaggio verbale caratterizzato da alterazioni f.-f. che influiscono sull'intelligibilità, singole paroline utilizzate sia a scopo comunicativo che richiestivo, discretamente ben integrato con il linguaggio di espressione non verbale, gioco ipostrutturato per età (tuttavia presente gioco simbolico) caratterizzato da difficoltà di organizzazione, globale scarso funzionamento adattivo.

Programma: training delle funzione esecutivi, aumentare i tempi attenti, aumentare i tempi di permanenza a tavolino, ridurre i livelli motori, aumentare il controllo educativo, riduzione delle alterazioni f.-f.

Torre del Greco, 16-04-2025

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.

SALZANO ANTONIO

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Utente:** Ferrantino Mario**Data colloquio:** 16 Aprile 2025**Partecipanti:** Signora Esposito Mariarca (madre), Signor Ferrantino Ciro (padre), minore Ferrantino Mario**Interventi riabilitativi in atto:**

- Logopedia - 2 sedute settimanali
- NPEE - 2 sedute settimanali

**Quadro clinico e osservazione comportamentale**

Mario, 4 anni, attualmente in fase di osservazione per un disturbo compatibile con lo spettro autistico, presenta marcati aspetti di iperattività e un profilo comunicativo molto carente.

Durante l'incontro, il minore si è mostrato lievemente agitato, con un utilizzo disorganizzato e impulsivo dei materiali presenti in stanza. Il linguaggio risulta estremamente ridotto, con scarsa produzione verbale.

I genitori riferiscono che già intorno ai 2 anni avevano osservato una mancata acquisizione del linguaggio e una forte iperattività. A seguito di accertamenti è stata formulata una prima ipotesi diagnostica, attualmente in corso di definizione. Il rapporto con la struttura e l'équipe terapeutica risulta positivo e collaborativo.

**Contesto scolastico**

Mario frequenta il primo anno della scuola dell'infanzia con il supporto dell'insegnante di sostegno.

La madre descrive un ambiente scolastico favorevole e collaborativo, con una buona integrazione del bambino all'interno del gruppo dei pari.

**Contesto familiare e sociale**

Il nucleo familiare è composto da madre, padre, un fratello e una sorella maggiori e Mario. La famiglia attualmente si sostiene economicamente grazie all'assegno di inclusione e all'indennità di accompagnamento percepita per il minore.

La madre, pur mantenendo un atteggiamento proattivo e accudente, appare affaticata emotivamente dalla situazione. Manifesta un carico psicologico importante e si dichiara disposta ad intraprendere un percorso psicoterapeutico di supporto per favorire l'elaborazione e l'accettazione della diagnosi del figlio.

Presenta una buona rete familiare in grado di fornire supporto pratico ed emotivo.

Torre del Greco, 16-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**

dott.ssa

AMENO ALESSIA

## SCHEDA SOCIALE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 16-04-2025 |
|-------------------|------------|

### PAZIENTE:

|                     |                 |                     |          |
|---------------------|-----------------|---------------------|----------|
| Cognome             | FERRANTINO      | Nome                | MARIO    |
| Data di nascita     | 10-08-2021      | Cartella Clinica n. | 7838     |
| Luogo               | POMPEI          |                     |          |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Grado di istruzione | infanzia |

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

### Riferisce di essere titolare di:

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

### Persone di riferimento/caregiver principale

|  |                          |          |  |
|--|--------------------------|----------|--|
| 1)Cognome  | ferrantino               | Nome     |  |
|  |                          | padre    |  |
| Comune di residenza  | torre del greco          | Telefono |  |
| Condizione professionale   | disoccupato              |          |  |
| 2)Cognome  |                          | Nome     |  |
| Comune di residenza  |                          | Telefono |  |
| Condizione professionale   |                          |          |  |
| N° componenti del nucleo familiare   | 4                        |          |  |
| Composto da  | madre, padre, tre minori |          |  |
| I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo? | SI                       | NO       |  |

**Situazione socio-familiare:**

|   |   |
|---|---|
| La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?              | Parenti<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>Adi   |
| 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 nell'accettazione della diagnosi   |
| 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,16-04-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
 dott.ssa



AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi  | Cod:(ICD - 10)               | Disturbo del neurosviluppo non specificato da approfondire |
| 2. Classe di Menomazione                                 | Codice e descrizione:        | MEE13  |
| 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, gioco, attenzione, relazione e memoria. |
|---|

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

|                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| Tipologia Trattamento: | NPEE 3/6, Log. 2/6 pt familiare 1/6 |
| Frequenza:             | 6/6                                 |
| Durata:                | 240 gg                              |

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

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

|      |           |                           |  |
|------|-----------|---------------------------|--|
| Data | 1704/2025 | Responsabile del progetto |  |
|------|-----------|---------------------------|--|

Torre del Greco,17-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

|   |
|---|
| Difficoltà adattive, comunicative e relazionali |
|---|

**ELENCO OBIETTIVI**

|  |
|--|
| Lavorare sull'aspetto cognitivo, comportamentale, gioco, attenzione, relazione e memoria |
|--|

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

|   |
|---|
| Neuropsicomotricità, Logopedia e Psicoterapia familiare (in attesa di assegnazione) |
|---|

**OPERATORI:**

|                                     |
|-------------------------------------|
| NPEE Dott.ssa R.Acampora            |
| Logopedia Dott.ssa Sonia Ciaramella |

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

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

**TEMPI DI VERIFICA:**

A metà e fine ciclo

**RISULTATO**

|      |            |   |  |  |  |
|------|------------|---|--|--|--|
| Data | 17/04/2025 | Responsabile del progetto riabilitativo |  | Responsabile del programma riabilitativo |  |
|------|------------|---|--|--|--|

Torre del Greco,17-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

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

Torre del Greco,17-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

**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 compatibile con spettro autistico, da approfondire. Aspetto iperattivo. |   |                      |
| DIAGNOSI DI<br>DIMISSIONE: | Disturbo del neurosviluppo non specificato da approfondire                       |   |                      |

**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 |
| Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:                |           |                           |               |
| Continua il trattamento come da nuova prescrizione ASL   |           |                           |               |
| Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche: |           |                           |               |
|  |           |                           |               |
| <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:   | 17/04/2025 | Direttore<br>Sanitario |  |
| Firma:<br>Paziente (geni<br>tore/tutore se<br>minore) |            |                        |  |

Torre del Greco,17-04-2025

**PAZIENTE:**

|                 |            |                     |       |
|-----------------|------------|---------------------|-------|
| Cognome         | FERRANTINO | Nome                | MARIO |
| Data di nascita | 10-08-2021 | Cartella Clinica n. | 7838  |

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

La valutazione attuale evidenzia una buona relazione tra la terapeuta e il paziente, caratterizzata da una buona compliance alla terapia.

Durante il periodo di trattamento, si è osservato un miglioramento nella gestione dell'iperattività motoria, che ha permesso di introdurre attività a tavolino, oltre a quelle in un contesto libero.

Tuttavia, permane una certa irrequietezza motoria, che richiede l'alternanza

tra le due modalità di attività, in quanto il paziente non riesce a mantenere per un tempo adeguato il focus attentivo. Il paziente continua a mostrare difficoltà nei tempi di attesa e nel rispetto delle regole, che richiedono un'attenzione particolare nella terapia. Infatti, i genitori riferiscono difficoltà

nella gestione quotidiana del bambino.

Per quanto concerne l'aspetto comunicativo, le competenze sociali di

Mario

sono in evoluzione positiva con un miglioramento sia nell'interazione sociale

sia nel contatto oculare, che si presenta costante.

Per quanto riguarda il gioco, questo si presenta maggiormente funzionale, con lo sviluppo del gioco simbolico. Grazie ad una terapia mirata attraverso

il gioco, si è registrata l'esplosione del vocabolario, che è oggi in continua espansione. La produzione linguistica è caratterizzata dall'introduzione di nuove parole di maggiore frequenza d'uso (categorie: animali, cibo, mezzi di

trasporto, azioni) e dall'inizio della formulazione di frasi minime.

La terapia proseguirà con attività mirate ad ampliare il vocabolario, sia in input che in output, nonché al potenziamento della comprensione morfo-sintattica. A livello fonetico-fonologico, il paziente presenta un inventario fonetico incompleto e processi di semplificazione di sistema e di struttura che influenza l'intelligibilità dell'eloquio.

## **TESTS SOMMINISTRATI:**

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



## OBIETTIVI E METODOLOGIE:

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

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

Torre del Greco,22-04-2025

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
CIARAMELLA SONIA