

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Emiparesi dx, disabilità intellettiva |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|-------------------------------------|--|
| Sostenere il benessere psico fisico | |
|-------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Migliorare la performance motoria, potenziare la comunicazione, sostenere gli apprendimenti |
|---|

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

| | |
|------------------------|-------------------|
| Tipologia Trattamento: | FKT 2/6 - LOG 2/6 |
| Frequenza: | 4/6 |
| Durata: | 60 GG |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

Torre del Greco,07-06-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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 motoria, nella comunicazione e negli apprendimenti

ELENCO OBIETTIVI

Favorire la performance motoria, sostenere il linguaggio e gli apprendimenti

METODOLOGIE OPERATIVE:

FKT, Logopedia

OPERATORI:

Fisioterapista, logopedista

MISURE D'ESITO APPLICATE

valutazione clinica finale

TEMPI DI VERIFICA:

A fine ciclo

RISULTATO

Torre del Greco,07-06-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Si prende visione della prescrizione dell'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 interessati. In particolare per gli aspetti motori si utilizza il Protocollo K, per il linguaggio e gli apprendimenti il Protocollo E.

Torre del Greco,07-06-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Emiparesi dx, disabilità intellettiva |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 3 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Acquisizione delle tappe dello sviluppo neuromotorio, acquisizione delle autonomie personali e sociali, sostegno agli apprendimenti |
|---|

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

| | |
|------------------------|-----------------------------------|
| Tipologia Trattamento: | fkt 2/6, log 2/6, t. occ. 2/6 |
| Frequenza: | 6/6 |
| Durata: | fkt e t. occ. 240 gg, log. 180 gg |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

Torre del Greco,15-07-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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 motoria, nelle autonomie e negli apprendimenti

ELENCO OBIETTIVI

Acquisizione delle tappe dello sviluppo neuromotorio, acquisizione delle autonomie personali e sociali, sostegno agli apprendimenti

METODOLOGIE OPERATIVE:

FKT 2/6, LOG 2/6, T. OCC.2/6

OPERATORI:

Fisioterapiata, logopedista, 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,15-07-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Quadro clinico di emiparesi dx e disabilità intellettiva; continua il trattamento impostato come da progetto e programma: log. 2/6, fkt. 2/6, terapia occupazionale 2/6.

Torre del Greco,15-07-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

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

Torre del Greco,15-07-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Il paziente porta a termine le attività proposte nel setting terapeutico, sempre con supporto del terapeuta per mantenere il focus attentivo.

Apprendimenti non in linea con la classe frequentata: riconosce i grafemi e i suoni vocalici ma ancora non ha automatizzato la fusione sillabica.

Riconosce i numeri entro il 10 ma persiste difficoltà nell'associazione numero/quantità.

Sul piano cognitivo : notevoli difficoltà di organizzazione e strutturazione sequenza temporale, deficit marcato di attenzione e memoria , discorso nn sempre contestuale.

TESTS SOMMINISTRATI:

Sostenere gli apprendimenti scolastici

Potenziare lo spam mnestico

Aumentare i tempi attentivi

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

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

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 27/07/2022 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 27-07-2022

TERAPISTA

Dott.

MIRONE STEFANIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI

VALUTAZIONE BIMESTRALE:

OUTCOME INTERMEDI:

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|-----------|-----------|------|----|
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

| |
|--|
| nessuna variazione di rilievo rispetto al piano di trattamento |
|--|

Data:

Torre del Greco,17-12-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 6B - VALUTAZIONI/RELAZIONI TERAPISTI

VALUTAZIONE BIMESTRALE:

OUTCOME INTERMEDI:

| N. | OBIETTIVI | RAGGIUNTO | | |
|----|-----------|-----------|------|----|
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |
| | | SI | P.R. | NO |

SITUAZIONE ATTUALE:

| |
|-------------------------------|
| migliorano gli apprendenti |
| migliora il ersante cognitivo |

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

Torre del Greco,17-12-2022

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

10 anni a breve frequenta la IV con sostegno.

In trattamento di NM 2 sett e log 2 sett TO 2 sett per una disabilità intellettiva media ed emiparesi dex da verosimile encefalopatia perinatale.

Situazione neurologica stabile, non assume farmaci, dovrebbe rifare un controllo EEG. La deambulazione e la corsa sono autonome ma evidenziano il tipico schema relativa al danno emiparetico: L'emilato six appare compromesso nella funzione con tipiche caratteristiche. Flesso il gomito, lieve retrazione muscolotendinea all'Al. Utile controllo ortopedico per eventuale valutazione chirurgica.

Non fa uso di tutori.ne botox. Utile in tal senso riprendere contatti con il centro di riferimento.

Eterometria AS. Il linguaggio è strutturato e funzionale , adeguato nei contenuti. Bene a scuola anche se segue un programma personalizzato.

Sul piano abilitativo si propone di proseguire nell'iter in atto. La logoterapia è in chiusura. Utile RX rachide e controllo ortopedico e neurochirurgico (derivazione VP).

04.01.2023

Torre del Greco,04-01-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Emiparesi, derivazione peritoneale, disabilità intellettiva media |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE 01 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 3 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Conservazione delle funzioni e prevenzione dei danni secondari, acquisizione delle tappe di sviluppo neuromotorio, acquisizione delle competenze visuo percettive, acquisizione delle autonomie personali e sociali |
|---|

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

| | |
|------------------------|------------------------------------|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occ. 2/6, Fisioterapia 2/6 |
| Frequenza: | 4/6 |
| Durata: | 240 gg |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

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

Torre del Greco,24-01-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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 motorie e nelle autonomie personali

ELENCO OBIETTIVI

Conservazione delle funzioni e prevenzione dei danni secondari, acquisizione delle tappe di sviluppo neuromotorio, acquisizione delle competenze visuo percettive, acquisizione delle autonomie personali e sociali

METODOLOGIE OPERATIVE:

Terapia occ. 2/6, Fisioterapia 2/6

OPERATORI:

Terapista occ. Fisioterapista

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,24-01-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

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

Torre del Greco,24-01-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA SPECIALISTICA**

Paziente seguito per Emiparesi, derivazione peritoneale, disabilità intellettiva media . In trattamento riabilitativo tipo Terapia occ. 2/6, Fisioterapia 2/6 . Nato pretermine (28 settimane). Idrocefalo alla nascita con successivo intervento di derivazione ventricolo-peritoneale. Tappe dello sviluppo neuropsicomotorio acquisite in ritardo. Familiarità NPI per presumibile psicosi in linea materna. Storia di trattamento tipo TNPEE. Negati episodi convulsivi sia in febbre che in apiressia. Pregressi cicli di trattamento con tossina botulinica. Ha terminato la quarta classe di scuola elementare con ausilio del docente di sostegno. Ritmo sonno-veglia regolare, alimentazione con aumento dell'appetito. Segnalati elementi di disregolazione emotiva a bassa intensità. Autonomie personali non in linea per età.

All'osservazione odierna Maniele appare parzialmente inibito nei confronti del clinico. Linguaggio di espressione verbale composto anche da rasi tri termine con discrete capacità narrative. Tono dell'umore sostanzialmente eutimico. All'EON si apprezza rigidità AASS ed AAI di dx con riflessi vivaci e lieve ipostenia. Deambulazione autonoma. Nn cranici indenni per quanto esplorabile.

Si consiglia prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore. Favorire l'acquisizione delle autonomie previste per età. Effettuare regolari follow-up fisiatrici allo scopo di valutare l' eventuale utilità di trattamento farmacologico specifico per l'emiparesi.

Torre del Greco,29-06-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

Manuel, 10 anni, quarta elementare con ausilio dell'insegnante di sostegno e riferito buon adattamento al setting e al gruppo dei pari. È sottoposto a trattamento riabilitativo per "Emiparesi, derivazione peritoneale, disabilità intellettiva media". Effettua TO 2/6 e Fisioterapia 2/6.

Durante il colloquio, avvenuto in data 29/06/2023 Manuel mostra buon adattamento al setting e alle regole, interagisce volentieri con il clinico nonostante iniziale titubanza e accede in modo adeguato al materiale ludico a sua disposizione. Riferita scarsa tolleranza alla frustrazione con conseguente assunzione di condotte disfunzionali (urla). Discrete le abilità di narrazione. Umore eutimico. Autonomie personali non in linea per età. Ritmo sonno-veglia regolare. Riferito aumento dell'appetito.

Torre del Greco, 29-06-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 03-07-2023 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|---------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |
| Luogo | BOSCOTRECASE | | |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Grado di istruzione | IV elementare |

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

Riferisce di essere titolare di:

| | |
|---|------------------|
| Assegno di cura | SI NO |
| Indennità di frequenza | SI % NO |
| Indennità di accompagnamento | SI NO |
| Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma | art.3 comma 3 |
| Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza | 2/6 TO 2/6 FKT |
| 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 | Cirillo | Nome | Anna |
| Rapporto di parentela | madre | | |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Telefono | 3296135923 |
| Condizione professionale | casalinga | | |
| 2)Cognome | Russo | Nome | Luigi padre |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Telefono | |
| Condizione professionale | salumiere | | |
| N° componenti del nucleo familiare | 06 | | |
| Composto da | utente , genitori e 2 fratelli di 4 e 6 anni e 1 sorella di 8 anni | | |
| I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo? | SI NO | | |

Situazione socio-familiare:

| | |
|---|---|
| La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi? | Parenti Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno |
| La famiglia, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di: | Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune) Servizi a pagamento (es. babysitter) Riabilitazione privata Nulla Altro (specificare) |
| Rete sociale della famiglia: | Rete sociale soddisfacente Rete sociale sufficiente Rete sociale insoddisfacente Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie Non ha possibilità di una rete sociale |
| Partecipa ad attività ricreative, sportive, culturali e del tempo libero? | SI NO |
| Elencare quali? | |
| Partecipa ad attività associative? | SI NO |
| Elencare quali? | |
| Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione? | Non è bersaglio Lo è molto saltuariamente Lo è frequentemente Lo è molto frequentemente anche con bullismo |

Situazione economica/assistenza e servizi

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

Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 03-07-2023

ASSISTENTE SOCIALE
Dott.ssa

Quirola Alba

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

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

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Si procede con il trattamento a sostegno e sviluppo delle interazioni sociali e acquisizione di autonomie personali e sociali, strategie di problem solving, sostegno agli apprendimenti.

| | |
|--------------|----------|
| Data: | 08.06.23 |
|--------------|----------|

Torre del Greco,04-07-2023

TERAPISTA
Dott.ssa
GRIPPO TIZIANA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Questo clinico ha registrato la presa in carico del paziente per il trattamento di Terapia Occupazionale a Giugno 2023 . IL focus del trattamento in questo breve periodo è statto centrato sui livelli di funzionamento del bambino che allo stato attuale non risultano conformi allo status di età cronologica , sia nella vita quotidiana personale e sociale, aiutando il bambino nelle elaborazioni e adattamenti quotidiani e nei vari setting. Le autonomie personali risultano sottodimensionate con difficoltà nell'organizzazione e si apprezza la presenza di difficoltà nell'ambito relazionale e nelle dimaniche sociali con comportamenti e tono del linguaggio ed espressivo infantili non in linea con l'eta'. All'osservazione odierna si apprezza buon accesso al setting e il bambino si dimostra disponibile alla relazione terapeutica con questo Clinico.

TESTS SOMMINISTRATI:

Nessuno

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Si prosegue con la Terapia Occupazionale per fornire l'acquisizione di autonomie domestiche e sociali, al fine di catturare l'interesse del bambino, la sua partecipazione, di esercitare le abilità acquisite e aumentare la partecipazione alle attività dell'ambiente circostante. La terapia Occupazionale aiuterà il bambino nel migliorare le sue competenze cognitive-emotivo relazionali, così da relazionarsi al meglio con se stesso e con gli altri.

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

| | |
|--------------|----------|
| Data: | 14.07.23 |
|--------------|----------|

Torre del Greco,14-07-2023

TERAPISTA
Dott.ssa
GRIPPO TIZIANA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Emiparesi dx, ritardo globale, disabilità intellettiva |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE 17 MEE 01 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e srtutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 3 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|------------------------------------|--|
| Sostenere il benessere psicofisico | |
|------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|--|
| Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali proprie dell'età, sviluppo della funzione motoria |
|--|

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

| | |
|------------------------|---------------------------|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occ. 2/6, FKT 2/6 |
| Frequenza: | 4/6 |
| Durata: | 240 GG |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

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

Torre del Greco,26-07-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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 motorie, nelle autonomie e nelle funzioni esecutive

ELENCO OBIETTIVI

Sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali proprie dell'età, sviluppo della funzione motoria

METODOLOGIE OPERATIVE:

FKT 2/6, Terapia occupazionale 2/6

OPERATORI:

Fisioterapista, 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,26-07-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

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

CONSERVAZIONE DELLE FUNZIONI E PREVENZIONE DEI DANNI SECONDARI - Mobilizzazione passiva - Chinesi attiva assistita - Chinesi attiva - Stretching - Allineamento posturale - Inibizione ipertonico - Rilassamento muscolare - Rinforzo muscolare - Terapia respiratoria

ACQUISIZIONE DELLE TAPPE DI SVILUPPO NEUROMOTORIO - Controllo capo - Controllo tronco - Stazione eretta - Facilitazione passaggi posturali - Deambulazione assistita - Equilibrio

SVILUPPO DELLE COMPETENZE VISUO-PERCETTIVE - Propriocezione - Coordinazione motoria - Discriminazione percettivo-visiva

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

Torre del Greco, 26-07-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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: | Emiparesi dx, ritardo globale, disabilità intellettiva | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Emiparesi dx, ritardo globale, disabilità intellettiva | | |

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

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

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

| | | | |
|---|--|------------------------|--|
| Data: | | Direttore Sanitario | |
| Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,26-07-2023

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto riabilitativo: conservazione delle funzioni e prevenzione dei danni secondari, acquisizione delle tappe di sviluppo neuromotorio, acquisizione delle competenze visuo percettive, acquisizione delle autonomie personali e sociali. Buona la compliance al trattamento e le risposte, così come la motivazione. Autonomie in fase di acquisizione. Il caso resta in osservazione.

Torre del Greco, 28-07-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Si effettua in data odierna il colloquio con la figura materna che appare collaborante e disponibile .Comunica un quadro clinico invariato rispetto al precedente incontro .

Secondogenito di 4 figli frequenta la scuola con sostegno ben integrato con i coetanei .

percepisce una indennità di accompagnamento e un riconoscimento della L 104 con comma di gravità.

Il contesto familiare è presente sebbene caratterizzato dall'assenza prolungata della figura paterna per impegni di lavoro.

Torre del Greco,23-11-2023

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Quirola Alba

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto riabilitativo: sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali proprie dell'età, sviluppo della funzione motoria. Quadro clinico in riferita evoluzione migliorativa. Autonomie in fase di acquisizione. Continua il trattamento abilitativo come impostato.

Torre del Greco, 28-12-2023

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto riabilitativo: sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, acquisizione delle autonomie personali e sociali proprie dell'età, sviluppo della funzione motoria. Discreta la compliance al trattamento e le risposte, con scarsa tolleranza alle frustrazioni e difficoltà a comprendere consegne più complesse. Necessario ausilio di rinforzo positivo, soprattutto per lo svolgimento di attività che richiedono il coinvolgimento di entrambe le mani con scarsa iniziativa a utilizzare la mano destra. Scarsa autoefficacia percepita e continua richiesta di rassicurazioni. Baby talking. Difficoltà curriculari. Ad oggi non appare orientato nel tempo. In acquisizione la lettura dell'orologio. Presenti paure e fobie che gli impediscono di trascorrere anche pochissimo tempo da solo. Continua il trattamento abilitativo come impostato.

Torre del Greco,04-04-2024

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Il lavoro in terapia occupazionale in questi mesi di riferimento si è svolto così come quanto impostato dal progetto riabilitativo. Questo clinico a lavoro a supporto sviluppo dell'interazione sociale e del comportamento adattivo, sull'acquisizione delle autonomie personali e sociali proprie dell'età, sviluppo delle abilità fino - motorie. Queste aree non risultano ancora adeguate, il bambino presenta ancora scarsa tolleranza alle frustrazioni e difficoltà a comprendere consegne più complesse e spesso per portare a termine l'attività è necessario l'ausilio di rinforzo positivo, soprattutto per lo svolgimento di attività che richiedono il coinvolgimento di entrambe le mani dato che M. manifesta scarsa iniziativa a utilizzare la mano destra. Scarsa autoefficacia percepita e continua richiesta di rassicurazioni. Permane atteggiamento vocale di Baby talking. Ad oggi n M. non appare adeguatamente orientato nel tempo, ma è in acquisizione la lettura dell'orologio. Ridimensionate molto paure e fobie che gli impedivano di trascorrere anche pochissimo tempo da solo.

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Si prosegue con la Terapia Occupazionale per fornire l'acquisizione di autonomie domestiche e sociali, al fine di catturare l'interesse del bambino, la sua partecipazione, di esercitare le abilità acquisite e aumentare la partecipazione alle attività dell'ambiente circostante. La terapia Occupazionale aiuterà il bambino nel migliorare le sue competenze cognitive-emotive relazionali, così da relazionarsi al meglio con se stesso e con gli altri.

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

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 02.05.2024 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 02-05-2024

TERAPISTA
Dott.ssa
GRIPPO TIZIANA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Emiparesi dx, disabilità intellettiva, nato pretermine |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE 17 MEE 01 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 3 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|------------------------------------|--|
| Sostenere il benessere psicofisico | |
|------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Lavorare sulle autonomie e sulle funzioni motorio-prassiche |
|---|

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

| | |
|------------------------|---------------------------|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occ. 2/6, FKT 2/6 |
| Frequenza: | 4/6 |
| Durata: | 240 GG |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--------------|
| Data | 03/05/2024 | Responsabile del progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|------------------------------|--------------|

Torre del Greco,03-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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 motorie, nelle autonomie e nelle funzioni esecutive

ELENCO OBIETTIVI

Lavorare sulle autonomie e sulle funzioni motorio-prassiche

METODOLOGIE OPERATIVE:

FKT 2/6, Terapia occupazionale 2/6

OPERATORI:

Fisioterapista Dott.ssa Canfora Giuseppina, Terapista occupazionale Dott.ssa Tiziana Grippo

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

| | | | | | |
|------|------------|---|--|--|--------------|
| Data | 03/05/2024 | Responsabile del progetto riabilitativo | | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,03-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

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

Torre del Greco,03-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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: | Emiparesi dx, ritardo globale, disabilità intellettiva | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Emiparesi dx, ritardo globale, disabilità intellettiva | | |

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

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

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

| | | | |
|---|------------|------------------------|--|
| Data: | 03/05/2024 | Direttore Sanitario | |
| Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,03-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Paziente seguito per Emiparesi dx, disabilità intellettiva, nato pretermine. In trattamento riabilitativo tipo TO 2/7 e FKT 2/7. Inserito presso la quinta classe di scuola primaria con ausilio del docente di sostegno. Ritmo sonno-veglia regolare, alimentazione con aumento dell'appetito. Descritti dalla madre miglioramenti del profilo adattivo seppur questo rimanga deficitario nelle competenze adattive basilari (vestiario, igiene personale) con necessità di supporto da parte delle figure di riferimento. Descritte difficoltà nello svolgimento di attività sequenziali. Anche le autonomie sociali non risultano del tutto in linea per età. All'osservazione odierna il piccolo risulta collaborante al setting di visita. Linguaggio di espressione verbale caratterizzato da emissione di frasi a tre o più termini utilizzate a scopo comunicativo. Si evidenziano difficoltà nell'orientamento spazio-temporale ed in alcune categorie topologiche (avanti-indietro). Manuel presenta iniziale compenso ai movimenti bimanuali supportando l'arto paretico con l'altro arto nella gestione di movimenti più complessi. E' capace di svestirsi ma non di vestirsi. Presenti difficoltà prassica e di natura visuo-spaziale all'AASS di destra. All'EON si apprezza deambulazione autonoma seppur con appoggio laterale del piede di dx, possibile breve corsa ed alzata sulle punte per breve periodo. Presente ipertono spastico localizzato all'emilato di dx (sia AASS che AAll) con ROT iperelicitabili ed aumento dell'area riflessogena. Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore finalizzato al potenziamento delle funzioni adattive.

Torre del Greco,08-05-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Manuel, 11 anni, frequenta la V elementare con ausilio dell'insegnante di sostegno e l'educatore.

Percepisce indennità di accompagnamento.

L. 104/92 art 3 comma 3

Trattamento riabilitativo in atto: 2/7 T.O. e 2/7 FKT considerando positivo il rapporto e la professionalità delle terapisti che praticano il trattamento.

Nucleo familiare composto da 6 persone: utente, genitori, 2 fratelli (12 a. - 7 a.) e 1 sorella (10 a.).

Orientamento circa la possibilità di richiedere la Disability Card.

Il colloquio viene effettuato in data 08 maggio 2024 con la madre del bambino, la quale riferisce buon adattamento al setting scolastico e al gruppo dei pari.

Riferisce autonomie personali in evoluzione migliorativa.

Torre del Greco, 08-05-2024

ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa

Paone Mariagrazia

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto abilitativo: lavorare sulle autonomie e sulle funzioni motorio-prassiche. Buona la compliance al trattamento e le risposte. Miglioramenti del profilo adattivo seppur questo rimanga deficitario nelle competenze adattive basilari (vestiario, igiene personale) con necessità di supporto da parte delle figure di riferimento. Descritte difficoltà nello svolgimento di attività sequenziali. Anche le autonomie sociali non risultano del tutto in linea per età. Linguaggio di espressione verbale caratterizzato da emissione di frasi a tre o più termini utilizzate a scopo comunicativo. Si evidenziano difficoltà nell'orientamento spazio-temporale ed in alcune categorie topologiche (avanti-indietro). Continua il trattamento abilitativo come quanto impostato.

Torre del Greco,20-08-2024

CASE MANAGER

Dott.ssa

MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Paziente seguito per Emiparesi dx, disabilità intellettiva, nato pretermine. In trattamento riabilitativo tipo TO 2/7 e FKT 2/7. Attualmente frequenta il primo anno della scuola secondaria di primo grado con supporto del docente di sostegno per il massimo delle ore. Ritmo sonno-veglia regolare per durata e qualità.

Alimentazione attuale varia e regolare. Il piccolo necessita di supporto costante da parte delle figure di riferimento per lo svolgimento delle competenze adattive basilari (vestiario, igiene personale) . Autonomie sociali non del tutto in linea per età. Alla visita odierna Manuel accede al setting con buon adattamento mostrandosi disponibile al colloquio con il clinico. Il piccolo risponde in maniera contestuale alle domande poste, fornendo talvolta spunti di conversazione. Il linguaggio di espressione verbale si caratterizza per l'uso di frasi a tre o più termini; presente ecolalia immediata. La comprensione appare possibile per semplici consegne. Si evidenziano difficoltà nell'orientamento spazio-temporale.

All'EON si apprezza deambulazione autonoma seppur con appoggio laterale del piede di dx, ipertono spastico localizzato all'emilato di dx (sia AASS che AAIL) con ROT iperelicitabili ed aumento dell'area riflessogena. Utile prosecuzione del trattamento riabilitativo come da prescrizione del medico prescrittore finalizzato al potenziamento delle funzioni adattive.

Torre del Greco, 27-12-2024

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Disabilità intellettiva di livello medio, emiparesi destra, intervento per idrocefalia |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE 17 MEE 01 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 3 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|------------------------------------|--|
| Sostenere il benessere psicofisico | |
|------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|--|
| Lavorare sulle autonomie personali e sociali. Lavorare sulla relazione, integrazione. Stimolazione motorio-prassica. |
|--|

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

| | |
|------------------------|--|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occ. 2/6, T.O gruppo 1/6, FKT 2/6 (180 gg) |
| Frequenza: | ind. 4/6, gruppo 1/6 |
| Durata: | to ind., to gruppo 240 GG FKT (180 gg) |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

| | | | |
|------|------------|---------------------------|--------------|
| Data | 07/01/2025 | Responsabile del progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---------------------------|--------------|

Torre del Greco,07-01-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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 motorie, nelle autonomie e nelle funzioni esecutive

ELENCO OBIETTIVI

Lavorare sulle autonomie personali e sociali. Lavorare sulla relazione, integrazione. Stimolazione motorio-prassica.

METODOLOGIE OPERATIVE:

FKT 2/6, Terapia occupazionale individuale 2/6 to gruppo 1/6 (in attesa di integrazione)

OPERATORI:

Fisioterapista Dott. Marinacci, Terapista occupazionale Dott.ssa Tiziana Grippo

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

| | | | | | |
|------|------------|---|--|--|--------------|
| Data | 07/01/2025 | Responsabile del progetto riabilitativo | | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,07-01-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

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

Torre del Greco,07-01-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

IL focus del trattamento in questo periodo di riferimento è stato centrato sui livelli di funzionamento del bambino che allo stato attuale non risultano ancora conformi allo status di età cronologica, sia nella vita quotidiana personale e sociale, aiutando il bambino nelle elaborazioni e adattamenti quotidiani e nei vari setting. Anche le autonomie sociali non risultano del tutto in linea per età. All'osservazione odierna il piccolo risulta collaborante al setting di visita. Linguaggio di espressione verbale caratterizzato da emissione di frasi a tre o più termini utilizzate a scopo comunicativo. Si evidenziano difficoltà nell'orientamento spazio-temporale ed in alcune categorie topologiche (avanti-indietro). Manuel presenta iniziale compenso ai movimenti bimanuali supportando l'arto paretico con l'altro arto nella gestione di movimenti più complessi. E' capace di svestirsi ma non di vestirsi. Le autonomie personali risultano sottodimensionate con difficoltà nell'organizzazione e si apprezza la presenza di difficoltà nell'ambito relazionale e nelle dimanches sociali con comportamenti e tono del linguaggio ed espressivo infantili non in linea con l'età. All'osservazione il bambino si dimostra disponibile alla relazione terapeutica con questo Clinico.

TESTS SOMMINISTRATI:

Nessuno

OBIETTIVI E METODOLOGIE:

Si prosegue con la Terapia Occupazionale per fornire l'acquisizione di autonomie domestiche e sociali, al fine di catturare l'interesse del bambino, la sua partecipazione, di esercitare le abilità acquisite e aumentare la partecipazione alle attività dell'ambiente circostante. La terapia Occupazionale aiuterà il bambino nel migliorare le sue competenze cognitive-emotive relazionali, così da relazionarsi al meglio con se stesso e con gli altri.

OBIETTIVI:

RAGGIUNTO

PARZIALMENTE
RAGGIUNTO

NON RAGGIUNTO

Data: 07- 01- 2025**TESTS SOMMINISTRATI:****OBIETTIVI E METODOLOGIE:****OBIETTIVI:**

RAGGIUNTO

PARZIALMENTE
RAGGIUNTO

NON RAGGIUNTO

Data:

Torre del Greco,07-01-2025

TERAPISTADott.ssa
GRIPPO TIZIANA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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: | Emiparesi dx, ritardo globale, disabilità intellettiva | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Emiparesi dx, ritardo globale, disabilità intellettiva | | |

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

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

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

| | | | |
|---|------------|------------------------|--|
| Data: | 07/01/2025 | Direttore Sanitario | |
| Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,07-01-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Il lavoro prosegue così come quanto impostato dal progetto abilitativo: lavorare sulle autonomie personali e sociali, lavorare sulla relazione, integrazione, stimolazione motorio-prassica. Buona la compliance al trattamento e le risposte. Autonomie personali e sociali non ancora in linea per età. Linguaggio di espressione verbale caratterizzato da emissione di frasi a tre o più termini utilizzate a scopo comunicativo. Si evidenziano difficoltà nell'orientamento spazio-temporale. Presente iniziale compenso di movimenti bimanuali supportando l'arto paretico con l'altro arto nella gestione di movimenti più complessi. E' capace di svestirsi ma presenta ancora difficoltà relative alla vestizione. Continua il trattamento abilitativo come quanto impostato.

Torre del Greco, 20-01-2025

CASE MANAGERDott.ssa
MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO

CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE

Relazione Colloquio - Russo Manuel**Data:** 21 Maggio 2025**Partecipante al colloquio:** Sig.ra Anna Cirillo (madre)**Terapie in atto:**

- Terapia occupazionale individuale (2 sedute settimanali)
- Terapia occupazionale di gruppo (1 seduta settimanale)
- Fisiokinesiterapia - FKT (2 sedute settimanali)

Osservazioni emerse

Manuel Russo, 12 anni, presenta una disabilità intellettiva di grado medio, emiparesi destra e ha subito un intervento per idrocefalia.

La madre riferisce che Manuel è nato prematuro, alla 26ª settimana di gestazione, e che successivamente ha subito un'emorragia cerebrale che ha compromesso le sue funzioni cognitive e motorie.

Nonostante la gravità iniziale, la madre riporta un'evoluzione clinica migliore rispetto a quanto previsto inizialmente dai medici.

Il rapporto con la struttura e con i terapeuti è descritto come positivo e collaborativo.

Contesto scolastico

Manuel frequenta il primo anno della scuola secondaria di primo grado con il supporto di un'insegnante di sostegno.

La madre descrive l'ambiente scolastico come favorevole e supportivo, in grado di promuovere le competenze educative e scolastiche. Si segnala una buona integrazione del minore all'interno del gruppo classe e nei rapporti con i pari.

Contesto familiare

Il nucleo familiare è composto dai genitori, tre fratelli/sorelle e Manuel.

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

La madre descrive un ambiente familiare sereno, con una buona rete di supporto in grado di intervenire in caso di necessità.

Torre del Greco, 21-05-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 21-05-2025 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|---------------------|-----------------|---------------------|------------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |
| Luogo | BOSCOTRECASE | | |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | 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 sì, indicare quali? | | |

Persone di riferimento/caregiver principale

| | | | |
|--|------------------------|----------|------------|
| 1)Cognome | Cirillo | Nome | Anna |
| Rapporto di parentela | madre | | |
| Comune di residenza | Torre del greco | Telefono | 3296135923 |
| Condizione professionale | casalinga | | |
| 2)Cognome | Russo | Nome | Luigi |
| Comune di residenza | Torre del Greco | Telefono | |
| Condizione professionale | marittimo | | |
| N° componenti del nucleo familiare | 6 | | |
| Composto da | madre, padre e 4 figli | | |
| I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo? | SI | NO | |

Situazione socio-familiare:

| | |
|---|---|
| La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi? | Parenti Amici Vicini Persone appartenenti ad una associazione di volontariato Nessuno |
| La famiglia, per l'assistenza della persona disabile fa ricorso o ha fatto ricorso in passato di: | Servizi di assistenza domiciliare (Asl/Comune) Servizi a pagamento (es. babysitter) Riabilitazione privata Nulla Altro (specificare) |
| Rete sociale della famiglia: | Rete sociale soddisfacente Rete sociale sufficiente Rete sociale insoddisfacente Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie Non ha possibilità di una rete sociale |
| Partecipa ad attività ricreative, sportive, culturali e del tempo libero? | SI NO |
| Elencare quali? | |
| Partecipa ad attività associative? | SI NO |
| Elencare quali? | |
| Bersaglio di discriminazione e/o persecuzione? | Non è bersaglio Lo è molto saltuariamente Lo è frequentemente Lo è molto frequentemente anche con bullismo |

Situazione economica/assistenza e servizi

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

Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 21-05-2025

ASSISTENTE SOCIALE
dott.ssa

AMENO ALESSIA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Giunge in valutazione NPI in compagnia della madre.

"Giunge con diagnosi di Disabilità intellettiva di livello medio, emiparesi destra, intervento per idrocefalia"

Quadro clinico caratterizzato da: -rispettoso di regole e ruoli, inibizione socio-relazionale - linguaggio verbale povero in vocabolario, contenuti, competenze narrative e immaginative -comprensione possibile per consegne semplici e contestuali -competenze accademiche fortemente inficiate -autonomie non in linea per età - necessita di supporto costante da parte delle figure di riferimento (vestiario, igiene personale) -deambulazione autonoma con appoggio laterale del piede di dx -ipertono spastico emilato dx

Programma: favorire l'acquisizione di autonomie domestiche e sociali, favorire la comprensione di concetti topologici di base, supportare le competenze narrative, prevenire deformità secondarie

Torre del Greco,23-05-2025

MEDICO SPECIALISTA

Dott.

SALZANO ANTONIO

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | emiparesi destra, disabilità intellettiva di grado medio |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE 17 MEE 01 |
| 3. Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF) | Cod. (ICIDH): Cos. (ICF): | |
| 4. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF) | Cod. (ICIDH) Cos. (ICF) | |
| 5. Gravità disabilità (tabella C) | Scala: | 4 |
| 6. prognosi (tabella D) | Scala: | 3 |

OUTCOME GLOBALE

| | |
|------------------------------------|--|
| Sostenere il benessere psicofisico | |
|------------------------------------|--|

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|--|
| Lavorare sulla motricità, coordinazione, attenzione, memoria, autonomie personali e sociali. |
|--|

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

| | |
|------------------------|---------------------------|
| Tipologia Trattamento: | Terapia occ. 2/6, FKT 2/6 |
| Frequenza: | 4/6 |
| Durata: | 240 GG |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--------------|
| Data | 24/06/2025 | Responsabile del progetto | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|------------------------------|--------------|

Torre del Greco,24-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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 motorie, nelle autonomie e nelle funzioni esecutive

ELENCO OBIETTIVI

Lavorare sulla motricità, coordinazione, attenzione, memoria, autonomie personali e sociali.

METODOLOGIE OPERATIVE:

FKT 2/6, Terapia occupazionale individuale 2/6

OPERATORI:

Fisioterapista Dott. Marinacci, Terapista occupazionale Dott.ssa Tiziana Grippo

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

| | | | | | |
|------|------------|---|--|--|--------------|
| Data | 24/06/2025 | Responsabile del progetto riabilitativo | | Responsabile del programma riabilitativo | ASL NA 3 SUD |
|------|------------|---|--|--|--------------|

Torre del Greco,24-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

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

Torre del Greco, 24-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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

Nel corso del presente periodo di trattamento, l'intervento è stato focalizzato sui livelli di funzionamento del bambino, che risultano ancora parzialmente non allineati alla sua età cronologica, soprattutto nelle aree della vita quotidiana, personale e sociale. Tuttavia, si segnalano lievi miglioramenti in alcune competenze osservate nei diversi setting. Il bambino appare più collaborante rispetto alle fasi precedenti, con una maggiore disponibilità all'interazione terapeutica. Il linguaggio espressivo mostra un uso più funzionale di frasi composte da tre o più termini a scopo comunicativo. Rimangono presenti difficoltà nell'orientamento spazio-temporale e nella comprensione di categorie topologiche come "avanti" e "indietro", ma con segnali iniziali di acquisizione. Dal punto di vista motorio, si evidenzia un iniziale miglioramento nella gestione dei movimenti bimanuali, con utilizzo più consapevole dell'arto paretico, sostenuto dall'arto sano nei compiti complessi. Il bambino ha acquisito la capacità di svestirsi in autonomia, mentre persistono difficoltà nella fase di vestizione. Le autonomie personali, sebbene ancora sottodimensionate, mostrano timidi progressi nell'organizzazione e nella pianificazione delle attività quotidiane. Sul piano relazionale e sociale, si osservano ancora comportamenti e modalità comunicative tipiche di fasce d'età inferiori, ma con maggiore apertura verso l'interazione e la coregolazione emotiva durante le attività terapeutiche. Nel complesso, il bambino si mostra disponibile alla relazione terapeutica e partecipa con maggior coinvolgimento rispetto alle osservazioni precedenti.

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

Si prosegue con la Terapia Occupazionale per fornire l'acquisizione di autonomie domestiche e sociali, al fine di catturare l'interesse del bambino, la sua partecipazione, di esercitare le abilità acquisite e aumentare la partecipazione alle attività dell'ambiente circostante. La terapia Occupazionale aiuterà il bambino nel migliorare le sue competenze cognitive-emotive relazionali, così da relazionarsi al meglio con se stesso e con gli altri.

OBIETTIVI:

RAGGIUNTO

PARZIALMENTE
RAGGIUNTO

NON RAGGIUNTO

Data:

24 06.2025

Torre del Greco,24-06-2025

TERAPISTA

Dott.ssa

GRIPPO TIZIANA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|--------|
| Cognome | RUSSO | Nome | MANUEL |
| Data di nascita | 21-03-2013 | Cartella Clinica n. | 5864 |

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: | Emiparesi dx, ritardo globale, disabilità intellettiva | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Emiparesi dx, disabilità intellettiva di grado medio | | |

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

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

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

| | | | |
|---|------------|------------------------|--|
| Data: | 24/06/2025 | Direttore Sanitario | |
| Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,24-06-2025