



Per quanto concerne i moderatori, relatori, formatori, tutor, docenti è richiesta dall'Accordo Stato-Regioni vigente apposita dichiarazione esplicita dell'interessato, di trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali relativi agli ultimi due anni dalla data dell'evento. La documentazione deve essere disponibile presso il Provider e conservata per almeno 5 anni.

### Dichiarazione sul Conflitto di Interessi

TERESA MAZZONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di:

moderatore

docente X  relatore

tutor

dell'evento **INDIVIDUAZIONE DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO 0-3 ANNI : INDICATORI DI RISCHIO E PREDITTORI PROGNOSTICI NEI DISTURBI DELL'INTEGRAZIONE SENSORIALE E NELLO SPETTRO AUTISTICO**

da tenersi per conto di **Biomedica srl Provider n. 148,**

ai sensi dell'Accordo Stato-Regione in materia di formazione continua nel settore "Salute" (Formazione ECM) vigente,

#### **Dichiara**

X che negli ultimi due anni **NON** ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario (indicare quali):

---

---

---

---

---

---

---


---



# GLI STRUMENTI ED I MEZZI PER L'AGGIORNAMENTO DELLA CARTELLA CLINICA

**DR.SSA TERESA MAZZONE**

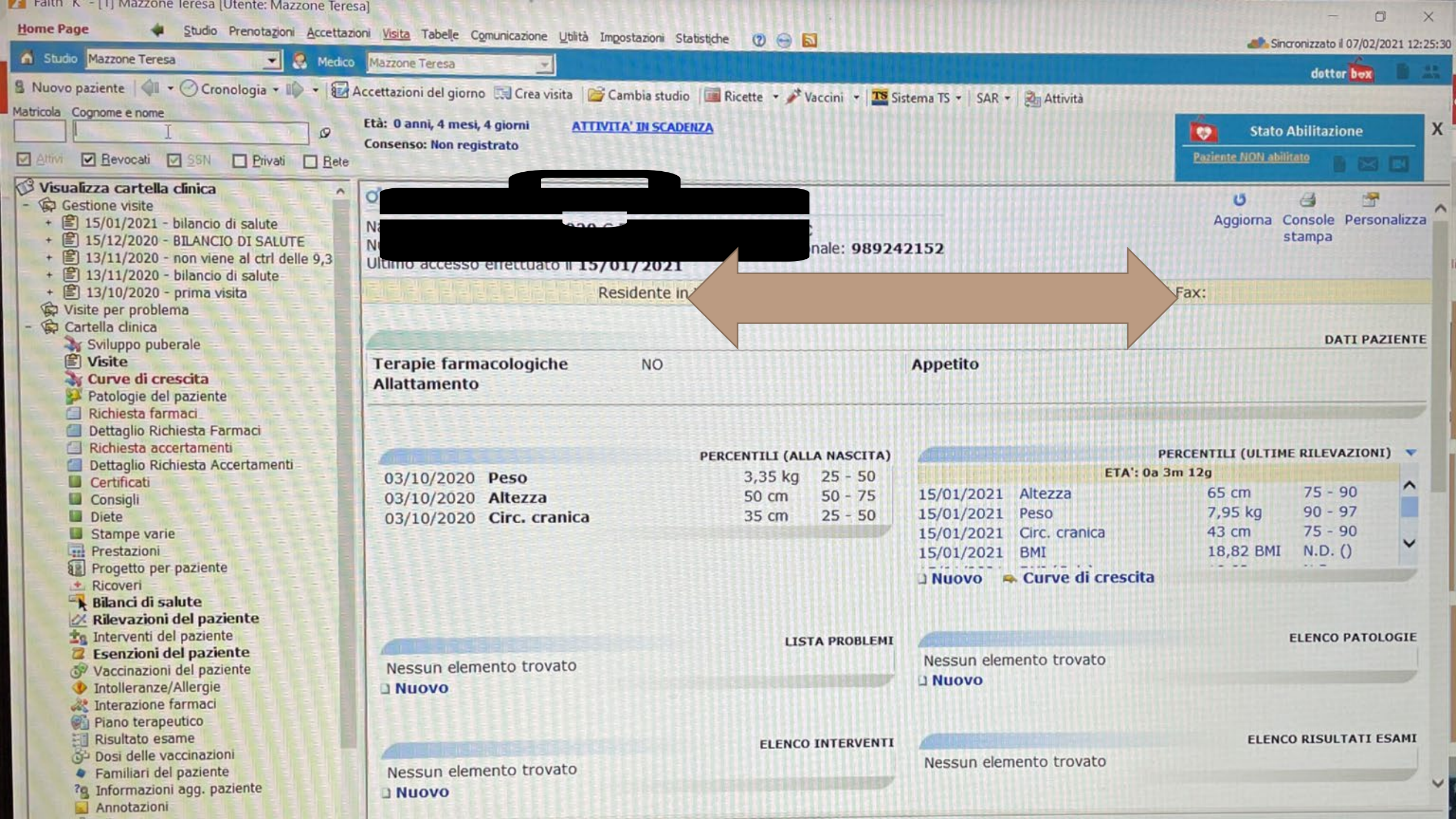
**Pediatra di libera scelta**



# Gestionali studi pediatrici

## Infantia

- Faith k
- Junior Bit



Matricola Cognome e nome

Età: 0 anni, 4 mesi, 4 giorni **ATTIVITA' IN SCADENZA**  
Consenso: Non registrato

**Stato Abilitazione**  
Paziente **NON** abilitato

Altri  Revocati  SSN  Privati  Rete

**Visualizza cartella clinica**

- Gestione visite
  - 15/01/2021 - bilancio di salute
  - 15/12/2020 - BILANCIO DI SALUTE
  - 13/11/2020 - non viene al ctrl delle 9,3
  - 13/11/2020 - bilancio di salute
  - 13/10/2020 - prima visita
- Visite per problema
- Cartella clinica
  - Sviluppo puberale
  - Visite
  - Curve di crescita
  - Patologie del paziente
  - Richiesta farmaci
  - Dettaglio Richiesta Farmaci
  - Richiesta accertamenti
  - Dettaglio Richiesta Accertamenti
  - Certificati
  - Consigli
  - Diete
  - Stampe varie
  - Prestazioni
  - Progetto per paziente
  - Ricoveri
  - Bilanci di salute
  - Rilevazioni del paziente
  - Interventi del paziente
  - Esenzioni del paziente
  - Vaccinazioni del paziente
  - Intolleranze/Allergie
  - Interazione farmaci
  - Piano terapeutico
  - Risultato esame
  - Dosi delle vaccinazioni
  - Familiari del paziente
  - Informazioni agg. paziente
  - Annotazioni

Nome: [REDAZIONE] Cognome: [REDAZIONE] Telefono: 989242152  
Ultimo accesso effettuato il 15/01/2021

Aggiorna Console Personalizza  
Stampa

Residente in: [REDAZIONE] Fax: [REDAZIONE]

Terapie farmacologiche NO Appetito

	PERCENTILI (ALLA NASCITA)	PERCENTILI (ULTIME RILEVAZIONI)
03/10/2020 <b>Peso</b>	3,35 kg 25 - 50	ETA': 0a 3m 12g
03/10/2020 <b>Altezza</b>	50 cm 50 - 75	15/01/2021 Altezza 65 cm 75 - 90
03/10/2020 <b>Circ. cranica</b>	35 cm 25 - 50	15/01/2021 Peso 7,95 kg 90 - 97
		15/01/2021 Circ. cranica 43 cm 75 - 90
		15/01/2021 BMI 18,82 BMI N.D. ()

LISTA PROBLEMI  
Nessun elemento trovato  
**Nuovo**

ELENCO PATOLOGIE  
Nessun elemento trovato  
**Nuovo**

ELENCO INTERVENTI  
Nessun elemento trovato  
**Nuovo**

ELENCO RISULTATI ESAMI  
Nessun elemento trovato



# Bilanci di salute

3 mesi +/- 30 gg

6 mesi +/- 30 gg

9 mesi +/- 60 gg

12 mesi +/- 60 gg

24 mesi +/- 60 gg

# Lo sviluppo psicomotorio

- Processo maturativo che consente di acquisire competenze ed abilità posturali, motorie, cognitive, relazionali
- E' un progredire continuo, dipendente dalla maturazione del Sistema Nervoso Centrale, con tempo e modalità variabili per ogni bambino, ma in cui è possibile individuare delle tappe che vengono raggiunte secondo una sequenza universalmente analoga
- La conoscenza di questa sequenza è indispensabile per poter cogliere precocemente i segni idicativi di una distorsione dello sviluppo

Tipo bilancio

01 BILANCIO DI SALUTE 3 MESI (+/- 30gg)

Data (0a 3m 2g)

08/05/2020

Medico

Mazzone Teresa

Branca

Pediatra di base

[Aggiorna dati paziente](#)

Annotazioni

Rilevazioni

Peso (kg)	6,2	50 - 75	Circ. cranica (cm)	39,0	3 - 10
Altezza (cm)	61,0	25 - 50	Pressione (min/max)	0 / 0	

**SVILUPPO PSICOMOTORIO**

- Mobilità spontanea fluida SI
- Buon controllo del capo SI
- Si solleva sui gomiti SI
- Sorride SI
- E' consolabile SI
- Difficoltà di relazione, sonno, alimentazione

**APPARATO VISIVO**

- Occhi normali all'ispezione SI



Tipo bilancio

02 BILANCIO DI SALUTE 6 MESI (+/- 30gg)

Data (0a 5m 4g)

10/07/2020

Medico

Mazzone Teresa

Branca

Pediatra di base

Aggiorna dati paziente



Annotazioni

Rilevazioni

Peso (kg)	7,66	50 - 75
Altezza (cm)	66,5	50 - 75

Circ. cranica (cm)	42,5	25 - 50
Pressione (min/max)	0 / 0	

Raccordo anamnestico (Testo)

**SVILUPPO PSICOMOTORIO**

- Punta i piedi SI
- Afferra e porta alla bocca SI
- Ride e vocalizza SI
- Difficoltà di relazione, sonno, alimentazione

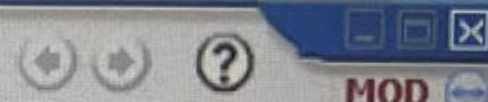
**APPARATO VISIVO**

- Occhi normali all'ispezione SI
- Normali movimenti oculari SI

**UDITO E LINGUAGGIO**

- Reagisce ai rumori SI
- Vocalizza SI





Tipo bilancio

03 BILANCIO DI SALUTE 9 MESI +/- 60gg

Data (0a 7m 1g)

07/09/2020

Medico

Mazzone Teresa

Branca

Pediatra di base

Annotazioni

Rilevazioni

Peso (kg)	8,5	50 - 75	Circ. cranica (cm)	45,0	50 - 75
Altezza (cm)	67,5	25 - 50	Pressione (min/max)	0 / 0	

**SVILUPPO PSICOMOTORIO**

Sta seduto	SI
Manipola gli oggetti	SI
Reagisce agli estranei	SI
DIFFICOLTÀ DI RELAZIONE, SONNO, ALIMENTAZIONE	

**APPARATO VISIVO**

Occhi normali all'ispezione	SI
Normali movimenti oculari	SI
Riflessi corneali simmetrici	SI

**UDITO E LINGUAGGIO**

Volge bilateralmente il capo ai suoni	SI
---------------------------------------	----



# Bilancio della salute

06 febbraio 2021 16:19:12



[M]  
01]

Data (0a 11m 28g)

05/02/2021

Medico

Mazzone Teresa

Branca

Pediatra di base

Annotazioni

## Rilevazioni

Peso (kg) 10,56 50 - 75

Circ. cranica (cm) 46,5 50 - 75

Altezza (cm) 75,0 25 - 50

Pressione (min/max) 0 / 0

## SVILUPPO PSICOMOTORIO

- Passaggio da posizione supina a seduta SI
- Gattona SI
- Imita i genitori SI
- Batte le mani SI
- Afferra piccoli oggetti con le dita SI

DIFFICOLTÀ DI RELAZIONE, SONNO, ALIMENTAZIONE

## APPARATO VISIVO

- Occhi normali all'ispezione SI
- Normali movimenti oculari SI
- Riflessi corneali simmetrici SI

## UDITO E LINGUAGGIO

- Sente bene SI

Mostra tutte le rilevazioni

Nuovo

ELENCO CERTIFICATI

Tipo bilancio

05 BILANCIO DI SALUTE 24 MESI (+/- 60 gg)

Data (2a 0m 16g)

25/05/2017

Medico

Mazzone Teresa

Branca

Pediatra di base

Annotazioni

Rilevazioni

Peso (kg) 9,53 < 3

Circ. cranica (cm) 0,0 < 3

Altezza (cm) 85,0 25 - 50

Pressione (min/max) 0 / 0

Aggiorna dati paziente

0010... (F) 09501N

- Sale e scende le scale SI
- Calcia e tira la palla SI
- Usa la tazza ed il cucchiaino NO
- Controllo diurno degli sfinteri NO
- Collabora a vestirsi e svestirsi SI
- DIFFICOLTÀ DI RELAZIONE, SONNO, ALIMENTAZIONE SI

APPARATO VISIVO

- Occhi normali all'ispezione SI
- Normali movimenti oculari SI
- Riflessi corneali simmetrici SI

LINGUAGGIO



# Criticita'

- Necessità di strumenti più flessibili e dettagliati per individuare indicatori di rischio in epoche sempre più precoci
- Facilità di somministrazione, anche non in presenza, con possibilità di verifica e discussione nel corso della visita
- Remind delle domande da fare ai genitori, per evitare che possa sfuggire qualcosa nel corso di giornate di ambulatorio
- Possibilità che i genitori rispondano in tranquillità



# Criticità per il pediatra

Disponibilità di strumenti  
adeguati

Necessità di tempo

Collaborazione dei genitori

Organizzazione dell'ambulatorio

Risorse

Facilità di invio


Schede per il  
monitoraggio  
neuroevolutivo





# Somministrazione delle schede

- Somministrazione del questionario in sala d'attesa prima della visita
- Somministrazione nel corso della visita (bilancio di salute)
- Invio scheda eleggibili e discussione nel corso della visita programmata

ultimo Orari Messaggi Anagrafica Pazienti Iniziative Vaccini Privacy **Mazzone Teresa**

tra medici  Pediatotem  
a GoMed solution

 Società Italiana di Pediatria  IdO Istituto di Ortofonia

Progetto Risposte

**Documentazione:**  
[Presentazione della SIP](#)  
[Questionario](#)

Invia questionario 0-3mesi NEUROEVOLUTIVO v2 via sms nella fascia:

da mesi

a mesi

Attiva

Testo messaggio:

Gentile genitore per !nomefiglio! risponda alle domande on-line per la valutazione della crescita

# 0 – 3 mesi

- Punteggio 9
- Probabile " inesperienza materna "
- Successivi controlli nella norma



Punteggio: 9  
NULLA DA SEGNALARE

Domanda	Punto			
1) Se preso in braccio - Si adatta alla presa?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
2) Se preso in braccio: - Si irrigidisce?	0	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
3) Se preso in braccio: - Si divincola?	0	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
4) Se preso in braccio: - E' Ipotonico (diventa molle)?	0	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
5) Si lascia facilmente vestire o spogliare?	1	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
6) E' interessato ai suoni dell' ambiente?	1	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
7) E' attratto dagli oggetti colorati?	1	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
8) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con lo sguardo?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
9) Rifiuta di essere alimentato?	0	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
10) Ha frequenti rigurgiti?	1	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
11) E' facilmente consolabile quando piange?	1	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
12) Si lascia coccolare?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
13) Ha difficolta' ad addormentarsi?	1	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
14) Il suo sonno e' regolare (dorme circa __ ore al giorno)?	1	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
15) Imita movimenti della bocca?	2	<input type="checkbox"/> Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
16) Si e' attaccato al seno nei primi 3 mesi?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No



# 4 – 6 mesi



- Punteggio 13
- Ripetere dopo 3 mesi
- Bambina ospedalizzata per truncus arterioso tipo 2
- Successivi controlli nella norma

INTERVISTA 4-6MESI NEUROEVOLUTIVO V2				
Domanda	Punto	Si	Qualche volta	No
1) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. apre la bocca quando sta per essere imboccato)	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Se preso in braccio, si adatta alla presa?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Si diverte a giocare con gli altri, soprattutto i genitori?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Si lascia facilmente vestire o spogliare?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (sopressalta, si irrita, sfugge dalla fonte sonora)	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6) Si gira verso la fonte dello stimolo sonoro?	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ha difficoltà a girare la testa quando è disteso (sta sempre da una parte)?	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8) È attratto dai giochi adatti all'età? (es. Sonagli, palline colorate...)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) È capace di seguire con lo sguardo un oggetto in movimento? (es. macchina, bolla di sapone...)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con lo sguardo e con il corpo?	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11) Emette suoni spontanei (vocalizzi) e/o risponde ai suoni producendo altri suoni?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Rifiuta di essere alimentato?	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13) Ha frequenti rigurgiti?	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14) È facilmente consolabile quando piange?	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15) Si lascia coccolare?	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Il suo sonno è irregolare?	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Imita movimenti/smorfie della bocca?	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18) Mantiene il contatto oculare con l'altro?	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Compie dei movimenti verso l'altro?	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Protende la mano verso l'oggetto?	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 7 - 12 mesi



Punteggio 5

Punteggio: 5

NULLA DA SEGNALARE

Domanda	Punto			
1) Guarda gli oggetti intorno a lui?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
2) E' presente lallazione? (dice ma-ma, da-da, ba-ba...)	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
3) E' autonomo negli spostamenti (striscia, rotola, gattona, cammina)?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
4) Porta gli oggetti alla bocca? (es. ciuccio, sonagli, biscotti...)	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
5) Ha reazioni eccessive o evita certi materiali o tessuti? (es. sabbia, lana...)	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
6) Mette in atto movimenti anticipatori?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
7) Si gira se chiamato per nome?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	NO
8) Quando si fa molto male, piange poco?	1	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
9) Di fronte a una difficolt`, tenta, prima di rinunciare, di superarla?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
10) Dorme tanto rispetto agli altri bambini?	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
11) Accetta il cucchiaino?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
12) Partecipa al gioco del cucu`?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
13) E' stato in grado di stare seduto da solo entro l'ottavo mese?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
14) Ripete i suoni? (es. versi degli animali...)	2	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
15) Da seduto si gira per prendere un oggetto senza cadere?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
16) Imita i gesti dell'altro ?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
17) Il suo sonno e' irregolare?	2	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
18) Riconosce volti familiari e inizia a distinguere gli estranei?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
19) Si diverte a giocare con gli altri, soprattutto i genitori?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
20) Riesce a stare in piedi con appoggio?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No

# 13 – 18 mesi



Punteggio 8

Punteggio: 8

## NULLA DA SEGNALARE

Domanda	Punto			
1) Si gira se chiamato per nome?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
2) Cammina sulle punte?	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
3) Tende a odorare o annusare oggetti o persone?	1	Si	Qualche volta	No
4) Ha gattonato entro il dodicesimo mese?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
5) Cerca un oggetto nascosto davanti a lui?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
6) Imita i gesti o le azioni dell'altro?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
7) Ha camminato entro il quindicesimo mese?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
8) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione?	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
9) Dice almeno 5 parole con significato?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
10) E' selettivo nell'alimentazione?	1	Si	Qualche volta	No
11) Il suo sonno e' irregolare?	1	Si	Qualche volta	No
12) Porta il cibo alla bocca?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
13) Quando si fa molto male, piange poco?	1	Si	Qualche volta	No
14) Ha reazioni eccessive a materiali o tessuti?	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
15) Imita i versi degli animali?	2	Si	Qualche volta	No
16) Indica per richiedere qualcosa?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
17) Ha oggetti o persone preferiti?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
18) Ripete suoni o gesti per richiamare l'attenzione?	1	Si	Qualche volta	No
19) Mette in atto movimenti anticipatori?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
20) Fa un uso appropriato degli oggetti?	1	Si	Qualche volta	No

# 19 – 24 mesi



Punteggio 5

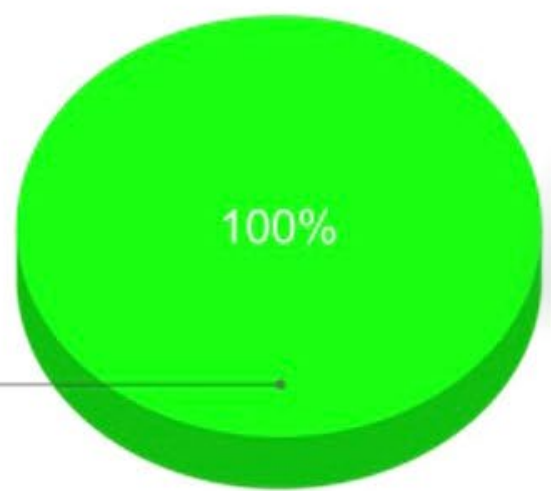
## INTERVISTA 19-24MESI NEUROEVOLUTIVO V2



Domanda	Punto			
1) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (si tappa le orecchie, grida, si irrita)	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
2) Ha reazioni eccessive o evita certi materiali o tessuti?	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
3) Tende a portare gli oggetti alla bocca e/o a leccare?	1	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
4) Ha scialorrea?	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
5) Fa un uso appropriato degli oggetti?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
6) E' in grado di alternare lo sguardo fra l'adulto e l'oggetto d'interesse e/o fra due adulti?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
7) E' presente il gioco rappresentativo?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
8) Compone frasi di 2 o piu' parole?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
9) Cammina da solo?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
10) Se cammina da solo, cade o inciampa spesso?	0	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
11) Si gira se chiamato per nome?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
12) Il suo sonno e' irregolare?	1	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
13) Mangia regolarmente?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
14) Porta a termine un'attivita`?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
15) Quando si fa molto male, piange poco?	1	Si	Qualche volta	<input checked="" type="checkbox"/> No
16) Riesce a soffiare (es. bolle, candela) / succhiare (es. cannuccia) / fare la pernacchia?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
17) Dice almeno 20 parole con significato?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
18) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione?	2	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
19) Indica per richiedere e/o mostrare qualcosa?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
20) Imita i gesti o le azioni dell'altro?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No
21) Mostra interesse per gli altri bambini?	0	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Qualche volta	No

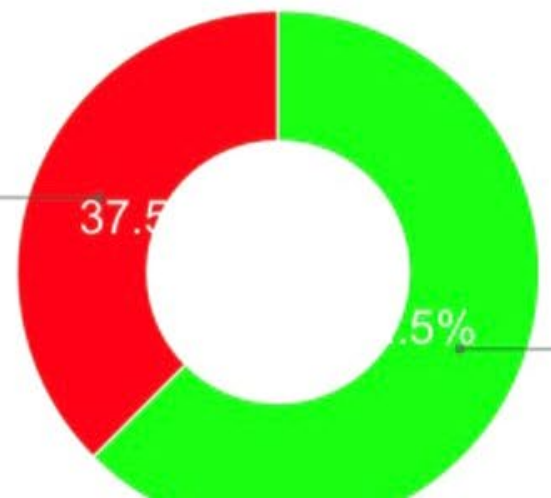
- Progetti
- Monitoraggio
  - Vecchi
  - Sviluppo Neuromotorio
  - Epione
  - Alimentazione 3-6 anni
  - 0-3mesi NEUROEVOLUTIVO
  - 4-6mesi NEUROEVOLUTIVO
  - 7-12mesi NEUROEVOLUTIVO
  - 13-18mesi NEUROEVOLUTIVO
  - 19-24mesi NEUROEVOLUTIVO
  - Rabbia 0-2 anni e 364 gg.
  - Rabbia 3-5 anni e 364 gg.
  - Rabbia 6-7 anni e 364 gg.

**Punteggi:**  
 0-10: NULLA DA SEGNALARE  
 11-20: RIPETERE TRA 3 MESI  
 20-48: RIPETERE TRA 1 MESE  
 48-5000: DA APPROFONDIRE



NULLA DA SEGNALARE  
 5 (100%)

**Obiettivo**



Non ancora pervenuti  
 3 (37.5%)

Eseguiti  
 5 (62.5%)

- Progetti
- Monitoraggio
  - Vecchi
  - Sviluppo Neuromotorio
  - Epione
  - Alimentazione 3-6 anni
  - 0-3mesi NEUROEVOLUTIVO
  - 4-6mesi NEUROEVOLUTIVO
  - 7-12mesi NEUROEVOLUTIVO
  - 13-18mesi NEUROEVOLUTIVO
  - 19-24mesi NEUROEVOLUTIVO
  - Rabbia 0-2 anni e 364 gg.
  - Rabbia 3-5 anni e 364 gg.
  - Rabbia 6-7 anni e 364 gg.

**Punteggi:**  
 0-10: NULLA DA SEGNALARE  
 11-25: RIPETERE TRA 3 MESI  
 25-48: RIPETERE TRA 1 MESE  
 48-5000: DA APPROFONDIRE

DA APPROFONDIRE

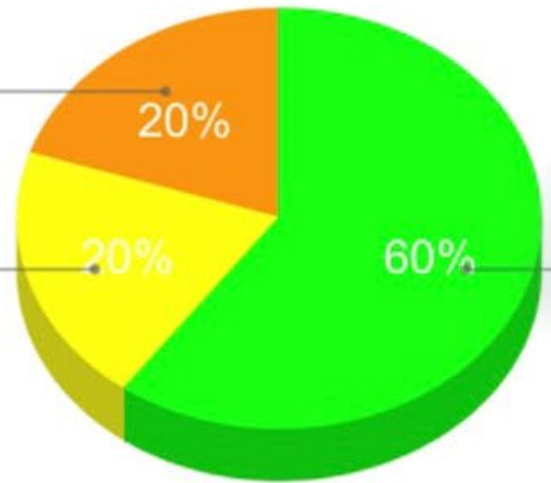
1 (20%)

RIPETERE TRA 3 MESI

1 (20%)

NULLA DA SEGNALARE

3 (60%)



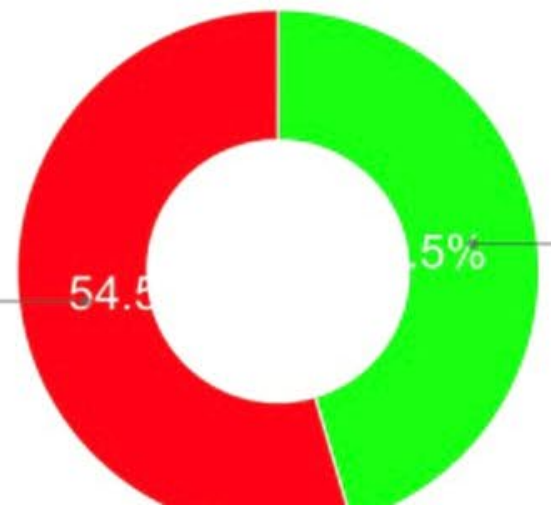
Obiettivo

Non ancora pervenuti

6 (54.5%)

Eseguiti

5 (45.5%)



GRAZIE

