

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Instabilità psicomotoria e ipostrutturazione del linguaggio
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE07 MEE08
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:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Lavoro sul comportamento adattivo
Promuovere aderenza a regole e dinieghi
Favorire il gioco simbolico e funzionale
Aumentare i tempi attentivi
Ridurre l'iperattività

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

Tipologia Trattamento:	NPEE2/6
Frequenza:	2/6
Durata:	180gg

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

--

Data	30-08-2024	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Difficoltà di adattamento, rispetto delle regole, iperattività e labilità attentiva

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavoro sul comportamento adattivo

Promuovere aderenza a regole e dinieghi

Favorire il gioco simbolico e funzionale

Aumentare i tempi attentivi

Ridurre l'iperattività

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Neuropsicomotricità 2/6

**OPERATORI:**

Neuropsicomotricità Dott.ssa Chantal Montagnaro

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Valutazione iniziale, intermedia e finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A metà e fine ciclo

**RISULTATO**

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

Torre del Greco, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

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

Torre del Greco, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

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

Torre del Greco, 30-08-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

Paziente seguita per Instabilità psicomotoria. Avvia trattamento riabilitativo tipo PSM 2/7.

Familiarità per patologie NPI: fratello maggiore con disabilità intellettuale lieve, zio materno con diagnosi di ADHD e disturbo bipolare in trattamento farmacologico, nel ramo paterno cugini in trattamento riabilitativo per patologie non meglio specificate. Secondogenita di due germani. Gravidanza normomonitorata, riferita assunzione di antibiotico e cortisone per neutropenia materna, esitata a termine in parto eutocico. Fenomeni perinatali normoevoluti. Allattamento misto, svezzamento in epoca con buon adattamento. TSPM: andatura a carponi 8 mesi, DA 12 mesi, lallazione in epoca, prime parole a circa 12 mesi.

All'età di due anni è stata sottoposta ad intervento chirurgico per correzione del pollice a scatto. All'età di tre anni veniva riscontrata cisti mediana del collo, asportata chirurgicamente ad Ottobre 2023 presso Ospedale Pausilipon. Ha effettuato visita cardiologica in data 09.10.2024 durante la quale si riscontrava la presenza di forame ovale pervio con lieve shunt sx-dx e si dava indicazione di effettuare monitoraggio clinico nel tempo.

Alimentazione attuale abbastanza varia e regolare. Ritmo sonno veglia caratterizzato da difficoltà di addormentamento. Attualmente frequenta il terzo anno della scuola dell'infanzia, riferito discreto adattamento al setting scolastico.

Le prime preoccupazioni della madre risalgono all'età di circa due anni per la presenza di difficoltà di addormentamento e risvegli frequenti. Pertanto effettuava prima visita neuropsichiatrica presso i servizi territoriali di riferimento e veniva prescritta terapia neuropsicomotoria.

La madre riferisce scarsa tolleranza alle frustrazioni e ai dinieghi con messa in atto di comportamenti disfunzionali e agiti etero ed autodiretti presenti soprattutto in ambito domestico, riferite, pregresse condotte eteroaggressive anche in ambito scolastico, tuttavia, non presenti dall'avvio del nuovo anno scolastico. Viene riferita, inoltre, rapido shift da un'attività all'altra e labilità attentiva.

All'osservazione odierna Rosa si mostra collaborante. Spontaneamente instaura sequenze di gioco di tipo immaginativo, accettando l'intromissione del clinico e mostrandosi divertita. La piccola risponde adeguatamente alle domande poste, offrendo, talvolta, spunti di conversazione. Il linguaggio di espressione verbale si caratterizza per l'uso di frasi, presente baby talking. La comprensione appare in linea per età. Il tratto grafo motorio si caratterizza per la presenza di semplificazione della figura umana; dato un modello la piccola sa copiare il proprio nome. Non si osservano comportamenti disfunzionali

Utile avviare terapia riabilitativa come da indicazione del medico prescrittore.

Torre del Greco, 09-10-2024

## SCHEDA SOCIALE

DATA 1° COLLOQUIO	09-10-2024
-------------------	------------

### PAZIENTE:

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019 (5 anni)	Cartella Clinica n.	7866
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	terzo anno della scuola dell'infanzia

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

### Riferisce di essere titolare di:

Assegno di cura	SI	NO
Indennità di frequenza	SI	NO Orientamento
Indennità di accompagnamento	SI	NO
Legge 104/92 gravità Handicap Art. Comma	NO	
Trattamenti riabilitativi in atto/frequenza	2/7 NPEE	
Trattamento riabilitativo:	Privato	Pubblico
Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con problemi sociali e/o sanitari?	SI	NO
Se si, indicare quali?	fratello, in carico presso il centro	

### Persone di riferimento/caregiver principale

1)Cognome	Delbi	Nome	Patrizia
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del Greco	Telefono	3806867083
Condizione professionale	casalinga		
2)Cognome	Masoni (padre)	Nome	Mario
Comune di residenza	T/Greco	Telefono	
Condizione professionale	marittimo		
N° componenti del nucleo familiare	4		
Composto da	utente, genitori e fratello di 9 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, zia materna 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 (marito) Pensione Rendita Pensione di reversibilità Altro (specificare) ADI
Quali delle seguenti spese la famiglia deve sostenere per la persona con disabilità?	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) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo
La famiglia come considera il rapporto con il terapista che pratica il trattamento?	1) Nuovo inizio 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

In data odierna si effettua colloquio con la madre di Rosa, la quale riferisce un periodo di allontanamento e separazione con il padre della minore. Dichiara che attualmente vi è una riconciliazione e che il padre di Rosa è a conoscenza della visita specialistica odierna e del trattamento riabilitativo in atto.

Riferite autonomie personali e sociali in evoluzione.

All'osservazione odierna Rosa si mostra collaborante.

Torre del Greco, 09-10-2024

**ASSISTENTE SOCIALE**  
Dott.ssa  
Paone Mariagrazia

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

Rosa, 5 anni, frequenta l'ultimo anno di scuola materna con buon adattamento al setting e alle regole. Effettua NPEE 2/6. La signora riferisce pregressi disturbi del sonno, ipercinesia, difficoltà di linguaggio. Tuttavia, ad oggi l'irrequietezza psicomotoria appare fortemente attenuata, mentre persistono difficoltà sul piano linguistico. Il linguaggio appare ancora ipostrutturato, soprattutto sul piano fonetico-fonologico. All'osservazione, mostra buon adattamento al setting, appare socievole e accede al materiale ludico a propria disposizione in maniera adeguata. Riferite condotte eteroaggressive in ambito domestico. Ritmo sonno-veglia ancora irregolare, con sporadica assunzione di melatonina. Alimentazione selettiva per gusto ma soprattutto in ambito domestico.

Torre del Greco, 11-10-2024

**CASE MANAGER**Dott.ssa  
MAUTONE GIUSI

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

La bambina entra nel setting terapeutico senza alcuna difficoltà. Ha stabilito un rapporto positivo con la terapista ed è molto curiosa di conoscere l'ambiente e le attività.

Le abilità grosso-motorie dinamiche e fine-motorie presentano un lieve impaccio e scoordinamento. Lieve difficoltà nell'equilibrio dinamico dovuta anche alla frettosità che impiega nello svolgere le attività senso-motorie.

E' collaborativa ma i tempi attentivi sono molto brevi : distoglie con molta rapidità l'attenzione, cercando in giro altri interessi ludici e motori.

Si esprime in modo comprensibile, ma con un linguaggio ipostrutturato e con la caratteristica del linguaggio dei bambini molto piccoli.

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

Lavoro sul comportamento adattivo

Promuovere aderenza a regole e dinieghi

Favorire il gioco simbolico e funzionale

Aumentare i tempi attentivi

Ridurre Iperattività

**Data:** 13/12/2024

Torre del Greco, 13-12-2024

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

La bambina ha stabilito un buon rapporto con la terapista ed entra nel setting terapeutico senza difficoltà.

E' migliorato l'approccio dinamico nelle abilità grosso-motorie : meno caotica nella coordinazione e meno frettolosa nell'esecuzione, pertanto anche l'equilibrio dinamico sta migliorando. Anche le abilità fine-motorie sono lievemente migliorate e presta molta più attenzione nelle attività che svolge.

I tempi attentivi sono lievemente aumentati riuscendo a portare a termine alcune attività o di breve durata, o di suo elevato interesse.

Rispetta molto di più le regole del setting e presta maggiore attenzione alle indicazioni date.

Si mostra sempre collaborativa ed ora riesce anche a scegliere o decidere l'attività da svolgere, sapendosi organizzare l'attività autonomamente seguendo le indicazioni verbali della terapista.

Il linguaggio si presenta ipostrutturato dal punto di vista fonetico fonologico, ma la caratteristica del linguaggio di bambini molto piccoli è lievemente dileguata.

Si continua con i lavori previsti dagli obiettivi.

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

Lavoro sul comportamento adattivo

Promuovere aderenza a regole e dinieghi

Favorire il gioco simbolico e funzionale

Aumentare i tempi attentivi

Ridurre Iperattività

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

**Data:** 20/02/2025

Torre del Greco, 13-12-2024

**TERAPISTA**  
dott.ssa  
PADUANO AMELIA

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Lieve immaturità psicoaffettiva
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE15
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:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Lavorare sull'aspetto educativo e del linguaggio.
---

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

Tipologia Trattamento:	TNPEE 1/6
Frequenza:	1/6
Durata:	60gg

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

--

Data	25/02/2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 25-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

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

**SITUAZIONE ATTUALE:**

Difficoltà di adattamento, rispetto delle regole, iperattività e labilità attentiva

**ELENCO OBIETTIVI**

Lavorare sull'aspetto educativo e del linguaggio.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Neuropsicomotricità 1/6 (60 gg e poi sospende)

**OPERATORI:**

TNPEE Dott.ssa Chantal Montagnaro

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Valutazione iniziale, intermedia e finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A metà e fine ciclo

## RISULTATO

--	--	--	--	--	--

Data	25/02/2025	Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	------------	---	--	--	--

Torre del Greco, 25-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	Instabilità psicomotoria e ipostrutturazione del linguaggio		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Lieve immaturità psicoaffettiva		

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

<b>Osservazione finale di dimissione:</b>			
<b>OBIETTIVI:</b>	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ulteriore assistenza:</b>			
<b>Comunicazione ai familiari al medico curante e ASL competenti di eventuale necessità per il paziente di ausili o apparecchiature specifiche:</b>			
<b>Note:</b>			

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

Data:	25/02/2025	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 25-02-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

Riferita familiarità per D.I.

Alla valutazione odierna si rileva

scarso adattamento al setting con atteggiamenti oppositivi

scarso rispetto di regole e ruoli

livelli motori aumentati e bassi livelli attentivi

immaturità affettivo-relazionale

linguaggio di espressione verbale caratterizzato da lievi alterazioni f.-f. che non influiscono sull'intelligibilità, povertà di contenuti e vocabolario, ridotte competenze narrative

comprensione possibile per consegne semplici, non conosce i giorni della settimana

autonomie riferite in linea per età

riferito buon adattamento al contesto classe ma tendenza alla prevaricazione con i coetanei

continua PRI come da programma riabilitativo

Torre del Greco, 19-03-2025

**MEDICO SPECIALISTA**

Dott.

SALZANO ANTONIO

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

**SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO****CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE****Data:** 31 Marzo 2025**Partecipanti al colloquio:** Signora Delbi Patrizia**Terapie in atto:** TNPEE (1 volta a settimana)**Osservazioni emerse**

Masoni Rosa, 6 anni, con diagnosi di lieve immaturità psicoaffettiva.

La Signora Delbi riferisce che la minore ha manifestato disturbi del sonno fin dagli 8 mesi, con un ritmo sonno-veglia irregolare e un comportamento scostante. Dopo la visita con la neuropsichiatra e il follow-up delle indicazioni ricevute, il ritmo del sonno risulta oggi stabilizzato.

**Contesto scolastico**

La minore frequenta il terzo anno della scuola dell'infanzia.

La madre descrive l'ambiente educativo come favorevole e supportivo nello sviluppo delle competenze scolastiche e sociali.

Rosa risulta ben integrata nel gruppo classe e partecipa alle attività degli scout.

**Contesto familiare**

Il nucleo familiare è composto dalla madre, dal padre, dal fratello maggiore e da Rosa.

I genitori sono separati ma mantengono ottimi rapporti, garantendo una relazione stabile e continuativa con i figli.

La famiglia si sostiene economicamente grazie agli alimenti versati dal padre, al supporto dei nonni paterni e all'assegno di inclusione percepito per la famiglia.

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

Torre del Greco, 31-03-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa  
AMENO ALESSIA

## SCHEDA SOCIALE

<b>DATA 1° COLLOQUIO</b>	31-03-2025
--------------------------	------------

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866
Luogo	TORRE DEL GRECO		
Comune di residenza	TORRE DEL GRECO	Grado di istruzione	infanzia

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

**Riferisce di essere titolare di:**

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

**Persone di riferimento/caregiver principale**

1)Cognome	Delbi	Nome	Patrizia
Rapporto di parentela	madre		
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	3806867083
Condizione professionale	casalinga		
2)Cognome	Masoni	Nome	Mario
Comune di residenza	Torre del greco	Telefono	
Condizione professionale	Macellaio		
N° componenti del nucleo familiare	3		
Composto da	madre, due minori		
I figli presenti nel nucleo hanno assolto o stanno assolvendo l'obbligo formativo?	SI	NO	

## Situazione socio-familiare:

La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone Non conviventi?	Parenti 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?	scout
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 Adi
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 terapista che pratica il trattamento?	1) Molto positivo 2) Positivo 3) Negativo

## Osservazioni nel colloquio

Torre del Greco, 31-03-2025

**ASSISTENTE SOCIALE**  
dott.ssa

---

AMENO ALESSIA

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

**SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO**

1. Diagnosi	Cod:(ICD - 10)	Disturbo del linguaggio espressivo in bambina con abitudini orali viziate.
2. Classe di Menomazione	Codice e descrizione:	MEE 8
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:	3
6. Prognosi (tabella D)	Scala:	3

**OUTCOME GLOBALE**

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

**OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI**

Migliorare le abilità espressive a tutti i livelli.
---

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

Tipologia Trattamento:	TNPSEE 1/6 Logopedia 2/7 (in attesa di integrazione)
Frequenza:	3/6
Durata:	180 gg

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

--

Data	11/04/2025	Responsabile del progetto	
------	------------	---------------------------	--

Torre del Greco, 11-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

**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 delle abilità espressive, abitudini orali viziate.

**ELENCO OBIETTIVI**

Migliorare le abilità espressive a tutti i livelli.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Neuropsicomotricità 1/6 Logopedia 2/6 (in attesa di integrazione)

**OPERATORI:**

TNPEE Dott.ssa L. Paduano

Logopedia in attesa

**MISURE D'ESITO APPLICATE**

Valutazione iniziale, intermedia e finale

**TEMPI DI VERIFICA:**

A metà e fine ciclo

## RISULTATO

--	--	--	--	--	--

Data	11/04/2025	Responsabile del progetto riabilitativo		Responsabile del programma riabilitativo	
------	------------	---	--	--	--

Torre del Greco, 11-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

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

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

Torre del Greco, 11-04-2025

**PAZIENTE:**

Cognome	MASONI	Nome	ROSA
Data di nascita	18-08-2019	Cartella Clinica n.	7866

## **SEZIONE 9 - DIMISSIONI**

### **VALUTAZIONE FINALE DI DIMISSIONI**

**MOTIVO:**

SCADENZA AMMINISTRATIVA	RAGGIUNTI OBIETTIVI	RIFIUTO UTENTE A CONTINUARE IL TRATTAMENTO	DECESO DEL PAZIENTE
ALTRO	(specificare)		
DIAGNOSI DI INGRESSO:	Instabilità psicomotoria e ipostrutturazione del linguaggio		
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:	Disturbo del linguaggio espressivo in bambini con abitudini orali viziate.		

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

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

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

Data:	11/04/2025	Direttore Sanitario	
Firma: Paziente (genitore/tutore se minore)			

Torre del Greco, 11-04-2025