

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Disturbo del linguaggio espressivo |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE8 |
| 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: | 2 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|--|
| Lavorare sull'espressività verbale a livello fonetico-fonologico, morfosintattico e semantico lessicale. |
|--|

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

| | |
|------------------------|---------|
| Tipologia Trattamento: | LOG 2/6 |
| Frequenza: | 2/6 |
| Durata: | 180 gg |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

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

Torre del Greco,11-02-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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 nell'espressività verbale

ELENCO OBIETTIVI

Lavorare sull'espressività verbale a livello fonetico-fonologico, morfosintattico e semantico lessicale.

METODOLOGIE OPERATIVE:

LOG 2/6

OPERATORI:

Dott.ssa Concetta Ventresca

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

Torre del Greco,11-02-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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 del paziente e degli obiettivi contenuti nella prescrizione. Vengono fornite indicazioni ai terapisti: si utilizza il Protocollo F

Torre del Greco,11-02-2025

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

| | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Codice Fiscale | BLZMNN20M46G813Y |
| Comune Residenza | TORRE DEL GRECO | Provincia | NA |
| Indirizzo | VIA MADONNA DEL PRINCIPO ,8 | CAP | 80059 |
| Prescrittore | | | |
| Asl e Distretto | | Telefono | 3347651465 |
| Data ammissione | 10-02-2025 | Data dimissione | |

DIAGNOSI

CODICE DISTURBO DEL LINGUAGGIO

EVENTUALI NOTE:

SEZIONE 1 - ANAGRAFICA - ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE

Nessuna tara ereditaria riferita.

ANAMNESI FISIOLOGICA:

Nata da TC a termine. Allattamento con latte artificiale. Svezamento in epoca. Deambulazione autonoma a circa 15 mesi. Prime paroline a circa 12 mesi. Acquisizione del controllo sfinterico a circa due anni e mezzo.

ANAMNESI REMOTA:

Non riferita alcuna patologia degna di nota.

ANAMNESI PROSSIMA

Disturbo del linguaggio

ANAMNESI PATOLOGICA:

| | |
|-----------------|--|
| Genetica: | / |
| Metab - Endocr: | / |
| Neurologica: | / |
| Ortopedica: | / |
| Chirurgica: | / |
| Infettiva: | Ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie |
| Altro: | |

ANAMNESI RIABILITATIVA:

Pratica terapia logopedica.

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Torre del Greco,28-02-2025

MEDICO SPECIALISTA

Dott.ssa

PELUSO LAURA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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

Marianna ha 4 anni. Frequenta la scuola materna. Labilità attentiva. Ha collaborato alle attività proposte . Buona l'interazione con l'interlocutore. La madre riferisce un buon rispetto delle regole e una adeguata tolleranza alle frustrazioni. Ritmo sonno/ veglia regolare . Autonomie personali in evoluzione. Il linguaggio d'espressione è inficiato da disordine fonetico/fonologico soprattutto in eloquio spontaneo dove è inintelligibile a tratti. Frase ipostrutturata , povertà lessicale. Discrimina i colori e non le forme geometriche. Enumera correttamente fino a 5. Inizia terapia logopedica.

Torre del Greco,28-02-2025

MEDICO SPECIALISTA

Dott.ssa

PELUSO LAURA

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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

Data: 04 Marzo 2025

Partecipante al colloquio: madre della minore, minore Balzano Marianna Carmela

Intervento riabilitativo in corso: Logopedia (2 settimanali)

Diagnosi: Disturbo del linguaggio espressivo

Osservazioni emerse:

Balzano Marianna Carmela, 4 anni, Disturbo del linguaggio.

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

La madre ha riferito di aver notato le difficoltà linguistiche molto presto e sotto consiglio del medico ha effettuato visite e iniziato terapia privata.

Contesto scolastico:

Marianna frequenta la seconda classe della scuola dell'infanzia .

La madre descrive un ambiente scolastico sereno e favorevole allo sviluppo delle competenze del minore, che risulta ben integrato nel contesto educativo.

Contesto familiare

La famiglia è composta dalla madre, e quattro figli, di cui Marianna.

Riferisce che i rapporti con il padre della bambina sono sporadici e non è una figura di riferimento per la stessa.

Il nucleo familiare si sostiene economicamente grazie all'assegno di inclusione.

La madre ha descritto un contesto familiare sereno, con una rete familiare stabile e presente, in grado di fornire un supporto in caso di necessità

Torre del Greco,04-03-2025

ASSISTENTE SOCIALE

dott.ssa

AMENO ALESSIA

SCHEDA SOCIALE

| | |
|-------------------|------------|
| DATA 1° COLLOQUIO | 04-03-2025 |
|-------------------|------------|

PAZIENTE:

| | | | |
|---------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |
| Luogo | POMPEI | | |
| Comune di residenza | TORRE DEL GRECO | Grado di istruzione | |

| | | |
|--|----|----|
| 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 sì, indicare quali? | | |

Persone di riferimento/caregiver principale

| | | | |
|--|----|----------|--|
| 1)Cognome | | Nome | |
| Rapporto di parentela | | | |
| Comune di residenza | | Telefono | |
| Condizione professionale | | | |
| 2)Cognome | | Nome | |
| Comune di residenza | | Telefono | |
| Condizione professionale | | | |
| N° componenti del nucleo familiare | | | |
| Composto da | | | |
| 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, 04-03-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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

Alla valutazione logopedica attuale il quadro clinico è il seguente.

La bambina si presenta collaborante, ma con forte dipendenza dall'adulto e difficoltà a svolgere i compiti in autonomia, con frequente richiesta di approvazione riguardo l'esecuzione o l'avvio del compito.

L'eloquio risulta scarsamente intellegibile con una serie di alterazioni fonetico-fonologiche che rendono il linguaggio verbale poco informativo e talvolta non utile ai fini comunicativi. Tra le alterazioni sono presenti semplificazioni di sistema e di struttura (riduzioni di gruppi consonantici e dittonghi, cancellazioni consonantiche, metatesi ed epentesi) per lo più asistematiche, ad eccezione di alcuni processi sistematici come la sostituzione del fonema /v/ [->b] e /ʔ/ [->n]. La morfosintassi si presenta ancora poco strutturata e il bagaglio semantico-lessicale è da ampliare.

TESTS SOMMINISTRATI:**OBIETTIVI E METODOLOGIE:**

- Migliorare l'intellegibilità dell'eloquio correggendo gli errori fonetico-fonologici;
- ampliare l'area semantico-lessicale;
- supportare un'adeguata evoluzione delle competenze morfosintattiche;
- favorire l'autonomia sul compito.

| | |
|--------------|------------|
| Data: | 06/05/2025 |
|--------------|------------|

Torre del Greco, 06-05-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

SEZIONE 4 - DIARIO CLINICO**CONSULENZA PSICOLOGICA**

La piccola, ad agosto 5 anni, frequenta il secondo anno di scuole materne senza l'ausilio dell'insegnante di sostegno con riferito buon adattamento al setting e al gruppo dei pari. Non sono riferite difficoltà nella gestione del comportamento della bambina a casa. Secondo il riferito della madre il linguaggio appare ipostrutturato sul piano fonetico-fonologico; tuttavia risulta comunque intelligibile. Competenze ludiche in linea per età. Autonomie in fase di acquisizione. Ritmo sonno veglia regolare. Alimentazione regolare.

Torre del Greco,21-05-2025

CASE MANAGERDott.ssa
MAUTONE GIUSI

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

SEZIONE 2 - PROGETTO RIABILITATIVO

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Diagnosi | Cod:(ICD - 10) | Disturbo del linguaggio espressivo |
| 2. Classe di Menomazione | Codice e descrizione: | MEE8 |
| 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: | 2 |

OUTCOME GLOBALE

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

OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI

| |
|---|
| Migliorare ulteriormente le abilità espressive. |
|---|

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

| | |
|------------------------|---------|
| Tipologia Trattamento: | LOG 2/6 |
| Frequenza: | 2/6 |
| Durata: | 180 gg |

POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (MEDICO E SOCIALE)

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

| | | | |
|------|------------|------------------------------|--|
| Data | 20/06/2025 | Responsabile del progetto | |
|------|------------|------------------------------|--|

Torre del Greco,20-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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 nell'espressività verbale

ELENCO OBIETTIVI

Migliorare ulteriormente le abilità espressive.

METODOLOGIE OPERATIVE:

LOG 2/6

OPERATORI:

Dott.ssa Concetta Ventresca

MISURE D'ESITO APPLICATE

Valutazione clinica iniziale, intermedia e finale

TEMPI DI VERIFICA:

A metà e fine ciclo

RISULTATO

| | | | | | |
|------|------------|---|--|--|--|
| Data | 20/06/2025 | Responsabile del progetto riabilitativo | | Responsabile del programma riabilitativo | |
|------|------------|---|--|--|--|

Torre del Greco,20-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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 del paziente e degli obiettivi contenuti nella prescrizione. Vengono fornite indicazioni ai terapisti: si utilizza il Protocollo F

Torre del Greco,20-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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: | Disturbo del linguaggio espressivo | | |
| DIAGNOSI DI DIMISSIONE: | Disturbo del linguaggio espressivo | | |

**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: | 20/06/2025 | Direttore Sanitario | |
| Firma: Paziente (geni tore/tutore se minore) | | | |

Torre del Greco,20-06-2025

PAZIENTE:

| | | | |
|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| Cognome | BALZANO | Nome | MARIANNA CARMELA |
| Data di nascita | 06-08-2020 | Cartella Clinica n. | 7973 |

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

Marianna ha 5 anni. Lievemente aumentati i tempi di attenzione. Buona l'interazione con l'interlocutore. Ha collaborato alle attività proposte. Il linguaggio d'espressione è inficiato da alterazioni fonoarticolatorie multiple. Frase ipostrutturata, alterazioni dell'output semantico lessicale. Cattiva motilità linguale. Bilancio fonetico non completo. Continua terapia logopedica in corso.

Torre del Greco, 27-06-2025

MEDICO SPECIALISTA

Dott.ssa

PELUSO LAURA