

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	LIBERTI	<b>Nome</b>	GIUSEPPE	<b>Anno di nascita</b>	2010	<b>Cartella clinica n.</b>	000013/1
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

## PROGETTO RIABILITATIVO

**N° PROGRESSIVO: 4**

<b>1. Diagnosi</b>	<b>Cod. ICD9: 315.9 ; ICD9(#2): Cod. ICD10: F81.9</b>
<b>2. Classe di Menomazione (ICIDH) Funzioni e strutture (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH): MEE 14 Cod. (ICF):</b>
<b>3. Disabilità (ICIDH) Attività e Partecipazione (ICF)</b>	<b>Cod. (ICIDH): 10 - DISABILITA' NELLA CONSAPEVOLEZZA DI Se' Cod. (ICF):</b>
<b>4. Gravità disabilità (tabella C)</b>	<b>Scala: PRESTAZIONI CON AFFIANCAMENTO COSTANTE - Il soggetto non puo' eseguire un'attivitA' o adottare la condotta richiesta e che essa con affiancamento costante sia migliorata o meno da supporti tecnici e/o psicoeducativi se non e' affiancato costantemente Note:</b>
<b>5. Prognosi (tabella D)</b>	<b>Scala: 3 - POSSIBILITA' DI MIGLIORAMENTO CON AFFIANCAMENTO COSTANTE - Disabilita' stabilizzata, ma le capacitA' funzionali possono essere migliorate per mezzo di supporti tecnici e/o psicoeducativi o altre forme</b>

### OUTCOME GLOBALE:

n.d.

### OUTCOME FUNZIONALE ED OUTCOME SPECIFICI:

Continua il supporto PST finalizzato a migliorare l'autostima, la tolleranza delle frustrazioni, la capacità di espressione delle emozioni.  
Implementare i processi di autostima/indipendenza.  
Continua il trattamento NMT/rieducazione NMT.  
Sostenere molto le modalità affettivo-educative dei genitori e fornire sempre consigli.

### FASI E MODALITÀ INTERVENTO TEAM RIABILITATIVO IN FUNZIONE DEGLI ESISI ATTESI:

#### Tipologia Trattamento:

Neuromotoria (freq. gg: 2/7)

Psicoterapia (freq. gg: 1/7)

**Durata:** 180 giorni, dal 30/11/2022 al 28/05/2023

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	LIBERTI	<b>Nome</b>	GIUSEPPE	<b>Anno di nascita</b>	2010	<b>Cartella clinica n.</b>	000013/1
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

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

Regime ambulatoriale

Tipologia neuromotoria 2/7

Psicoterapia 1/7

Durata 180 giorni

Nota del prescrittore : PST individuale con presa in carico dei genitori.

**Data**  
04/01/2023



**Firma Direttore Sanitario**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio  
#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed  
Odontoiatri