

MIRATIM I INFORMUAR PER TRAJTIMIN LOGOPEDIK

Të Nderuara Familje,

ju informojmë që trajtimi logopedik për të miturit me diagnozë me çrregullime te neurozhvillimit do të rimodulohet, për shkak të ndryshimeve të procedurave nga ana e Shërbimit të Neuropsikiatrisë për të Miturit, ashtu siç parashikohet nga PDTA (Diagnoza dhe trajtimi) i shërbimit shëndetsor rajonal.

Nga data 01/06/2025, sipas një planifikimi progresiv nga ana e shërbimit , trajtimet do të zhvillohen në cikle të strukturuar dhe të diferencuara në bazë të moshës dhe të kriterëve të komunikimit, deri në moshën 10 vjeç e 6 muaj

Procedurat e trajtimit (të përmbledhura):

- Nga 0 vjeç-3 vjeç: trajtim psikoedukativ me ndërhyrje, në rast nevojë, logopedike dhe edukative,
- Nga 3 vjeç-6 vjeç e 11 muaj: trajtim logopedik i drejtpërdrejt i përbërë nga dy cikle vjetore 10 takimeshe.
- Nga 7 vjeç-8 vjeç e 11 muaj : trajtim logopedik i drejtpërdrejt në grup o individual i përbërë nga një cikël me 10 takime me objektiva specifike, në rast nevojë të përsëritëshme.
- Nga 9 vjeç-10 vjeç e 6 muaj : trajtim logopedik jo i drejtpërdrejtë, maksimumi dy konsulenca në vit (shkollore o familjare)

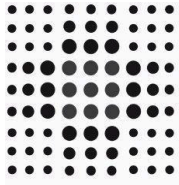
Çfarë nënkupton ky rimodulim:

• Ndërhyrja do të ndërtohet sipas cikleve (që mund të jenë të përsëritëshme) të orientuara në arritjen e objektivave specifike, me pushime ndërmjet cikleve dhe me vlerësime periodike.

Nga 9 vjeç e sipër do ti jepet përparësi ndërhyrjeve me shkollën dhe familjen me një rrol aktiv nga ana e tyre dhe nuk do jenë të drejtpërdrejta me të miturin.

Kujdes. Çdo trajtim do të përcaktohet mbi bazën e **OBJEKTIVAVE KLINIK E TË RABILITIMIT TË PERSONALIZUAR** , në koherencë me karakteristikat dhe nevojat e profilit të zhvillimit të të miturit.

Kjo mënyrë e re veprimi na lejon të përmirësojmë efikasitetin e ndërhyrjes dhe nxit të miturin për një nxënie funksionale që ka efekte më të dobishme në jetën e përditëshme.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Ambito Territoriale di Ravenna*

Jemi në dispozicion për sqarime dhe thellime të mëtejshme në lidhje me procesin specifik të fëmijës tuaj.

Firma e prindit/tutorit: _____

Data: ____ / ____ / _____

Firma e punonjësit: _____