

PAZIENTE:

Cognome	SCOGNAMIGLIO	Nome	ANTONIO	Anno di nascita	2015	Cartella clinica n.	000188/1
----------------	--------------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

PROGRAMMA RIABILITATIVO – COMUNICATIVO / RELAZIONALI**N° PROGRESSIVO: 3****SITUAZIONE INIZIALE:**

Pz con disturbo dello spettro autistico

METODOLOGIE OPERATIVE:

Codifica e decodifica fonologica

ELENCO OBIETTIVI:

- Migliorare la comprensione verbale
- Migliorare il livello fonetico-fonologico
- Migliorare il livello morfo-sintattico
- Migliorare il livello semantico-lessicale

MISURE D'ESITO APPLICATE:

- LAP
- EOF

OPERATORI:

Altobelli Rosa - Cibotti Maria Rosaria

CASE MANAGER:

Altobelli Rosa

TEMPI DI VERIFICA:

Come da PRI definito dall'ASL di competenza (o verbale UVBR)

RISULTATO:

N.A.

RAGGIUNGIMENTO RISULTATI:

Data 27/01/2023	Resp. Programma Riabil. Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio #29984 Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri	Resp. Progetto Riabilitat. Ammendola Eduardo
--------------------	--	---