

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ARENELLA	<b>Nome</b>	LILIANA	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	000405/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

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

Paziente con disturbo dello spettro autistico e deficit comunicativo vicariato da supporto comunicativo tecnologico.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Strategie cognitivo-linguistiche

**ELENCO OBIETTIVI:**

- potenziamento delle capacità comunicative mediante strategie di CAA

**MISURE D'ESITO APPLICATE:**

- EOF

**OPERATORI:**

Caruso Sabrina

**CASE MANAGER:**

Caruso Sabrina

**TEMPI DI VERIFICA:**

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

**RISULTATO:****RAGGIUNGIMENTO RISULTATI:**

N.A.

Data 29/12/2022	Resp. Programma Riabil. Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio #29984   Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri	Resp. Progetto Riabilitat. MAZZARIELLO GINA
--------------------	--	--