

PAZIENTE:

Cognome	ALLOCCO	Nome	GIOVANNI	Anno di nascita	2017	Cartella clinica n.	000347/1
---------	---------	------	----------	-----------------	------	---------------------	----------

PROGRAMMA RIABILITATIVO - AREA EMOTIVA AFFETTIVA**N° PROGRESSIVO: 4****SITUAZIONE INIZIALE:**

Presa in carico familiare di piccolo paziente con disturbo dello spettro autistico con adeguata compliance al setting ed adeguata gestione dei vissuti quotidiani.

METODOLOGIE OPERATIVE:

Strategie metacognitive

ELENCO OBIETTIVI:

- sostegno del parent training
- riduzione tratti ansiosi
- sostegno di una corretta gestione delle dinamiche relazionali

MISURE D'ESITO APPLICATE:

- EOF

OPERATORI:

Avvisato Mariarosaria - Caiazza Gaia - Gallizio Francesco

CASE MANAGER:

Avvisato Mariarosaria

TEMPI DI VERIFICA:

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

RISULTATO:

(Empty box)

RAGGIUNGIMENTO RISULTATI:

N.A.

Data 07/03/2023	Resp. Programma Riabil. Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio #29984 Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri	Resp. Progetto Riabilitat. Ammendola Eduardo
--------------------	--	---