

**PAZIENTE:**

Cognome	REA	Nome	DANIELE	Anno di nascita	2014	Cartella clinica n.	000331/1
---------	-----	------	---------	-----------------	------	---------------------	----------

## PROGRAMMA RIABILITATIVO - AREA EMOTIVA AFFETTIVA

**N° PROGRESSIVO: 4**

**SITUAZIONE INIZIALE:**

Presa in carico familiare di paziente con diagnosi di disturbo autistico , adeguata l'adesione al percorso psicoterapico.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Strategie imitative della realta'

**ELENCO OBIETTIVI:**

Consolidare l'alleanza terapeutica  
 Favorire il livello di accettazione  
 Migliorare la regolazione emotiva  
 Sostenere il parent training

**MISURE D'ESITO APPLICATE:**

Esame obiettivo funzionale

**OPERATORI:**

De Rosa Federica - Gallizio Francesco - Lagravinese Lorena

**CASE MANAGER:**

Lagravinese Lorena

**TEMPI DI VERIFICA:**

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

**RISULTATO:**

--

**RAGGIUNGIMENTO RISULTATI:**

N.A.

Data 02/01/2023	Resp. Programma Riabil. Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio #29984   Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri	Resp. Progetto Riabilitat. Ammendola Eduardo
--------------------	---	---