

**PAZIENTE:**

Cognome	ESPOSITO	Nome	ALESSANDRO	Anno di nascita	2010	Cartella clinica n.	000307/1
---------	----------	------	------------	-----------------	------	---------------------	----------

## PROGRAMMA RIABILITATIVO - AREA EMOTIVA AFFETTIVA

**N° PROGRESSIVO: 5**

**SITUAZIONE INIZIALE:**

Paziente con disturbo dello spettro autistico, ridotta iniziativa relazionale/ comunicativa, in riduzione i comportamenti oppositivi.

**METODOLOGIE OPERATIVE:**

Strategie metacognitive

**ELENCO OBIETTIVI:**

regolazione emotiva,  
incremento della collaborazione,  
superamento dei vissuti di insicurezza,  
riduzione dei tratti ansiosi e/o depresivi

**MISURE D'ESITO APPLICATE:**

EOF

**OPERATORI:**

Lagravanese Lorena - Prevete Stefania

**CASE MANAGER:**

Prevete Stefania

**TEMPI DI VERIFICA:**

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

**RISULTATO:**

--

**RAGGIUNGIMENTO RISULTATI:**

N.A.

Data 21/12/2023	Resp. Programma Riabil. Dott./Dott.ssa Prevete Stefania #5168   Ordine Psicologi Regione Campania	Resp. Progetto Riabilitat. Ammendola Eduardo
--------------------	---	---