

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	REA	<b>Nome</b>	DANIELE	<b>Anno di nascita</b>	2014	<b>Cartella clinica n.</b>	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 - Lagravanese Lorena

**CASE MANAGER:**

Lagravanese 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
--------------------	--	---