



ASL Brindisi

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE*Centro per l'Autismo Territoriale**P.zza Di Summa - Brindisi**tel. 0831/510282-3-4-5/ Fax. 0831-510317**email: centroautismo@asl.brindisi.it*

Brindisi, _____

OGGETTO: programma di trattamento individualizzato del paziente

Si certifica che il paziente nato il a
, residente a in via
 presenta un **DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

LIVELLO (Cod. **ICD 10: F 84.0**) con **associato**

Si attesta che (cancellare l'opzione errata):

- il piano educativo allegato per n. ore settimanali è in linea/non è in linea con il programma di trattamento individualizzato predisposto dal CAT;
- al momento c'è/non c'è la possibilità a poter accedere alle strutture pubbliche o alle strutture private accreditate e contrattualizzate per l'autismo in ragione della loro disponibilità alla presa in carico;
- la documentazione probante i titoli e la specifica esperienza per il trattamento da parte dei professionisti eroganti le prestazioni ovvero la dichiarazione del legale rappresentante della struttura resa ai sensi del DPR 445/2000, risponde/non risponde ai requisiti richiesti della DGR 1086/23 par. C / DGR 1340/15;
- dopo due anni, il paziente ha presentato/non ha presentato miglioramenti significativi codificati;
- sono state effettuate le verifiche periodiche previste, condivise col professionista o con la struttura scelti dal paziente, ed il trattamento è/non è efficace.

Si rilascia per gli usi consentiti.

Il Neuropsichiatra Infantile