|  |
| --- |
| **SEZIONE B) REDAZIONE PIANO TRATTAMENTO RESIDENZIALE**  |

|  |
| --- |
| **B1 -INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE**  |
| **Data di ingresso** |  *\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |
| *(Barrare l’apposita casella sottostante)* |
| **Sede** |  **EOS** struttura *Villa Bongi* – Loc. Uzzo, Via dei Ciatti 23/25/27 |
|  **L’APPRODO** struttura *San Felice*  – Loc. Calabbiana , Via Calabbiana 9 |
|  **PANDORA**  struttura *Villa Leopoldina –* Loc. Calabbiana, Via Calabbiana 13 |
|  **DRIVE**  struttura *Il Villino* – Loc. Serravalle , Via delle Ville (s.n.c.) |
|  **MATRIX** struttura *Villa Castruccio*  – Loc. Serravalle , Via delle Ville (s.n.c.) |
|  **RESTART** struttura *Corso Amendola –* Loc. Pistoia, Corso Amendola 6 |

|  |
| --- |
| *(Barrare l’apposita casella sottostante)* |
| **Tipologia di servizio/percorso residenziale** |  **Trattamento comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi)** |
|  **Trattamento Terapeutico - Riabilitativo** |
|  **Trattamento Gioco d’Azzardo Patologico (GAP)** |
|  **Centro Orientamento, Osservazione e Diagnosi (COD)**  |

|  |
| --- |
| **B2 – FORMULAZIONE PIANO TRATTAMENTO RESIDENZIALE***( da redigere a seguito di ingresso nella struttura residenziale)* |
|  |
| **Obiettivi a breve termine**  | **Azioni per il loro conseguimento** |
|   |  |
| Gli obiettivi a b.t. risultano raggiunti totalmente parzialmente |
| **Obiettivi a medio-lungo termine**  | **Azioni per il loro conseguimento** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **B3 -PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE INTERMEDIE PER LA VALUTAZIONE PERIODICA EFFICACIA DEI TRATTAMENTII** |
| **Cadenza delle valutazioni** *(es. semestrali, trimestrali etc.)* |  |
| **1° valutazione prevista nel mese di**  |  |
| **2° valutazione prevista nel mese di** |  |
| **3° valutazione prevista nel mese di** |  |
| **4° valutazione prevista nel mese di** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordinatore della struttura residenziale che ha formulato il piano di trattamento personalizzato** | *Indicare Cognome e Nome del Coordinatore* *nella sottostante casella* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsabile di programma che ha approvato il piano di trattamento personalizzato** | *Indicare Cognome e Nome del Responsabile di programma* *nella sottostante casella* |
|  |

|  |
| --- |
| **B4 -ACQUISIZIONE DELL’ACCETTAZIONE DA PARTE DELL’UTENTE DEL PIANO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE REDATTO DALLA STRUTTURA OSPITANTE** |

Si attesta che il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha provveduto a sottoscrivere il modulo di accettazione del progetto individualizzato formulato dalla struttura residenziale .

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicare Cognome e Nome****Operatore che ha raccolto** **L’assenso dell’utente al piano****di trattamento** | **Indicare sua Qualifica** |
|  |  |

|  |
| --- |
| ***Note:***  |