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