

“La Tempesta” ONLUS

Associazione per la cura e il trattamento degli stati tossicomani

Sede: via III Armata n. 79 – GORIZIA – P. IVA 00371500315

CONTRATTO TERAPEUTICO DI PROVA

Il presente contratto ha come oggetto un periodo di prova e di osservazione del/la Sig./Sig.ra _____ all'interno della Comunità per verificare le Sue possibilità di sostenere un trattamento terapeutico residenziale.

Nel corso dei mesi di prova, potrà essere concordato anche un protocollo di scalaggio delle terapie sostitutive, in accordo con il SerD inviante.

Tale contratto ha la durata di 3/6 **(tre/sei) mesi**, durante i quali si chiede al paziente di partecipare a tutte le attività previste dal programma terapeutico.

Nel corso di questo primo tempo di accoglienza, attraverso i colloqui con il Referente clinico – psicoterapeuta, sarà inoltre possibile individuare, con maggiore precisione, le problematiche o le questioni da trattare nell'eventuale progetto terapeutico residenziale.

Alla scadenza del contratto l'équipe ed il paziente effettuano una valutazione di questo periodo: il paziente esprime una scelta (se iniziare il trattamento terapeutico residenziale o eventuali altre soluzioni possibili), l'équipe formula un suo parere in merito. Se il parere è favorevole e se il paziente è motivato al trattamento terapeutico residenziale si passa alla firma del contratto definitivo.

Le relazioni del/la Sig./Sig.ra _____ con gli operatori della Comunità hanno come unico legame la terapia.

L'équipe elabora il programma e ha la funzione di “osservare” e di “interpretare” il percorso complessivo del paziente all'interno della Comunità.

Il Presidente sovrintende e coordina lo svolgimento delle attività previste dal programma terapeutico, valutandone sia la pertinenza in relazione al progetto individuale dell'ospite sia il rispetto, da parte di quest'ultimo, di quanto concordato. Egli garantisce inoltre che la vita quotidiana comunitaria si muova nei limiti previsti dal presente contratto e dal regolamento.

Gli educatori hanno la funzione di aiutare il paziente a seguire tutte le attività quotidiane previste dal programma terapeutico.

Gli oneri per il pagamento del trattamento terapeutico del/la Sig./Sig.ra _____ sono a carico dell' _____ – SerD di _____.-

Il presente contratto viene sottoscritto dalla Sig.ra _____ in qualità di paziente interessato al trattamento terapeutico e dal dott. ALESSANDRO SARTORI in qualità di responsabile dell'intervento terapeutico comunitario.

Sig./Sig.ra

Per la Comunità Terapeutica
Il Presidente

Gorizia, _____

contratto n. _/25

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati possono essere riservate e sono, comunque destinate esclusivamente alle persone o alle Società sopraindicate. La diffusione, distribuzione ovvero la copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibito ai sensi della normativa privacy in vigore. Se avete ricevuto questa documentazione per errore vi preghiamo di eliminarla dai vostri archivi e darne comunicazione al mittente al numero 0481/533033 o all'indirizzo di posta elettronica com.tempesta@libero.it