

Gentile genitore,

in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso del primo colloquio, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

### 1. Descrizione dell'intervento

L'intervento riabilitativo dell'**Unità First Care** consiste in un serie di sei appuntamenti settimanali individuali gestiti da figure sanitarie specifiche preposte al trattamento del bambino con disturbo dello spettro autistico:

- Educatrice professionale
- Psicologa
- Terapista della neuropsicomotricità

È inoltre prevista la supervisione a tutto il progetto riabilitativo della logopedista e l'eventuale chiamata al bisogno della terapeuta occupazionale.

Il progetto terapeutico prevede l'attivazione di una serie di interventi finalizzati a:

1. favorire la comparsa di segnalatori sociali (contatto oculare, sguardo referenziale, sorriso, etc.);
2. aumentare i tempi di attenzione;
3. facilitare un uso più appropriato degli oggetti;
4. stimolare la comunicazione e arricchire il vocabolario;
5. scoraggiare determinati comportamenti problema (iperattività, stereotipie motorie, condotte autolesive, etc.);
6. sostenere la percezione e la "conoscenza" di Sé come persona e dell'altro;
7. sostenere la percezione e la "conoscenza" delle emozioni che sottendono i vari comportamenti;
8. sostenere la percezione e la "conoscenza" delle "leggi" emozionali e sociali che regolano i rapporti interpersonali.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati, il progetto riabilitativo prevede anche la somministrazione di test specifici somministrati dagli operatori coinvolti nel trattamento o dalla neuropsichiatra.

I trattamenti riabilitativi vengono svolti nelle stanze di terapia (psicomotoria, psicoeducativa, logopedica, educativa), nelle stanze polifunzionali (salone per l'attività motoria, sala di attività), negli ambienti di vita simil-domestici (bagno, cucina) e sul territorio (parco giochi, supermercato, etc).

L'operatore può, al fine di raggiungere gli obiettivi sopracitati, interagire direttamente con il bambino e sostenerlo nelle azioni anche attraverso guida fisica.

Tutto il percorso riabilitativo prevede il coinvolgimento dei genitori con le seguenti modalità:

- Presenza durante l'osservazione iniziale del bambino
- Presenza su richiesta al trattamento riabilitativo
- Incontri di rimando cadenzati del progetto riabilitativo e degli obiettivi
- Frequenza al percorso dedicato di parent training.

Il percorso riabilitativo prevede anche il coinvolgimento del corpo docente della scuola frequentata dal bambino per il training educativo.

## **2. Rischi del trattamento**

Non sono evidenti rischi nel trattamento del bambino.

Verrà data particolare attenzione al bambino nella fase di osservazione e inserimento nel progetto riabilitativo perché tutto il processo di cura sia vissuto dal paziente e dai genitori con trasparenza e in benessere psicofisico ed emotivo.

In ogni caso, la figura professionale coinvolta nel trattamento segnalerà alla responsabile del servizio qualsiasi problematica che insorga durante la terapia.

## **3. Rischi del mancato trattamento**

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della condizione dello spettro dell'autismo con conseguenze sul versante cognitivo-emotivo comportamentale e quindi sul piano relazionale, comunicativo e delle autonomie di base.

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via/P.za \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

1. di avere ricevuto, dopo primo colloquio di valutazione, dal responsabile del servizio e/o dal terapeuta, informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti sul trattamento riabilitativo proposto;
2. di essere consapevole della durata del trattamento riabilitativo;
3. di essere consapevole degli obiettivi del trattamento riabilitativo che possono essere modificati durante il trattamento in base alle condizioni di sviluppo del bambino, sempre con modalità condivise e concordate;
4. di essere consapevole del suo coinvolgimento attivo nel programma riabilitativo per permettere la generalizzazione degli obiettivi a domicilio e negli altri contesti di vita;
5. di aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento proposto, e quindi di non avere ulteriori domande da porre al professionista ora ma potrò chiedere spiegazioni ulteriori durante il piano riabilitativo;
6. di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento proposto;
7. di aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
8. di essere consapevole sull'impossibilità a procedere nel trattamento fisioterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso;
9. di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio del trattamento;
10. di non avere altre osservazioni

**PERTANTO**

**il sottoscritto \_\_\_\_\_ edotto del trattamento riabilitativo, dichiara di prestare il proprio consenso al piano proposto.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

Firma del responsabile della struttura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE:**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

FIRMA \_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI SANITARI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di voler revocare il consenso al trattamento sanitario reso in data \_\_\_\_\_ relativo al  
minore \_\_\_\_\_

informato/a dal personale sanitario della struttura e consapevole delle possibili conseguenze che  
l'interruzione del trattamento sanitario può comportare sulle condizioni di salute del proprio figlio.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_

Firma del responsabile della struttura

\_\_\_\_\_