

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 Comunicazione e Logopedia** consiste in un serie di 2 appuntamenti settimanali, con attività individuali, gestiti da figura sanitaria specifica preposte al trattamento del bambino con disturbo dello spettro autistico:

- Logopedista

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

- Incentivare l'iniziativa comunicativa
- Creare un repertorio di gesti naturali e convenzionali
- Sviluppare l'attenzione condivisa
- Sviluppare l'attenzione al linguaggio e la comprensione verbale
- Intervenire a supporto dell'ambito semantico-lessicale
- Intervenire a supporto nell'ambito morfo-sintattico: dalla frase nucleare al racconto
- Strutturare e implementare l'utilizzo di strategie visive e sistemi di CAA

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 principalmente nella stanza dedicata alla logopedia.

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:

- Incontri di rimando cadenzati del progetto riabilitativo e degli obiettivi
- Osservazione diretta del trattamento nella stanza di terapia

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
