

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 Global Approach** consiste in un serie di due appuntamenti settimanali, con attività in piccolo gruppo, gestiti da figure sanitarie specifiche preposte al trattamento del bambino con disturbo dello spettro autistico:

- Educatrice professionale
- Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva

È inoltre prevista la supervisione a tutto il progetto riabilitativo della logopedista e l'eventuale intervento della psicologa per le attività di Parent Training e sostegno genitoriale.

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

- Potenziare le competenze comunicative e verbali;
- Potenziare le competenze cognitive e sostenere lo sviluppo delle funzioni esecutive;
- Sviluppare abilità sociali e di apprendimento nel contesto di gruppo (social skills);
- Insegnare abilità funzionali alle autonomie personale, domestiche e sociali della vita quotidiana (life skills);
- Insegnare abilità di gioco e tempo libero individuale e di gruppo (leisure skills).

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 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, ecc), talvolta 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
- 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

\_\_\_\_\_