



**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE NEONATOLOGICA**

SC Direzione delle professioni sanitarie – Area riabilitativa

Benvenuto/a nell'ambulatorio di neonatologia dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo di Trieste. Vi segnaliamo che, durante la permanenza nella nostra struttura vostra o di vostro figlio/a, tutto il personale del servizio si adopererà per soddisfare ogni vostra esigenza di informazione sul percorso di cura e sulle regole organizzative interne. Vi preghiamo di prendere nota delle informazioni riportate in questo modulo e di leggerle attentamente, prima di firmare il vostro consenso al piano diagnostico e terapeutico proposto. Accertatevi di aver compreso bene tutte le fasi della procedura, che richiedono una partecipazione attiva e consapevole. Le informazioni fornite non sostituiscono in alcun modo il colloquio con il fisioterapista, al quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.

PARTE A - RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI

Io/noi sottoscritto/a/i, in qualità di assistito/a genitori (*entrambi*) madre padre tutore altro responsabile legale,

responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

DATI IDENTIFICATIVI

Dati identificativi dell'assistito/a	Cognome	Nome
Numero Impegnativa	Nato/a a	il
	Residente a	CAP
	in Via	

DA COMPILARE SOLO SE L'ASSISTITO/A È MINORENNE (<18 ANNI) E NON EMANCIPATO/A

Dati dei genitori o del titolare della responsabilità genitoriale*: <i>In caso di minore vi è la necessità di ottenere il consenso da <u>entrambi i genitori</u>, o da chi, giuridicamente, ne faccia le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno solo dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è sempre presa in considerazione. <u>In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199).</u> In caso di presenza del legale rappresentante non genitore, deve essere <u>allegata</u> la documentazione che attesta i poteri conferiti¹. </i>	Nome e cognome dei genitori
	Madre Cognome
	Nata a
	il
	Residente a
	CAP
	in Via
	Padre Cognome
	Nome
	Nato a
il	
Residente a	
CAP	
in Via	
Altro Titolare della responsabilità genitoriale	
Cognome	
Nome	
Nato a	
il	
Residente a	
CAP	
in Via	
Documento di identità	

DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/a/i informato/a/i, dal dott./dott.ssa, in relazione all'atto sanitario proposto, di seguito descritto, che verrà effettuato dal personale preposto a

con il supporto del mediatore culturale Sig./Sig.a

¹ Allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare (ai sensi della L. 9 gennaio 2004, n°6 e successive modifiche ed integrazioni).



**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE NEONATOLOGICA**



PARTE B – INFORMATIVA

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

Condizione dell'età evolutiva come da documentazione clinica e prescrizione medica, suscettibile di intervento ri-abilitativo fisioterapico.

La presa in carico avviene nell'ambito del percorso assistenziale multidisciplinare e in coerenza con le condizioni cliniche generali e il grado di stabilità del neonato.....

ATTO SANITARIO

Valutazione funzionale fisioterapica neonatologica e intervento fisioterapico individualizzato ad orientamento **abilitativo**, finalizzato a supportare lo sviluppo neuromotorio, posturale e funzionale del neonato, secondo criteri di appropriatezza, proporzionalità, individualizzazione dell'intervento e sicurezza delle cure.

L'atto sanitario comprende l'intero percorso fisioterapico che può prevedere, in relazione alla valutazione funzionale e alle condizioni cliniche:

Valutazione e monitoraggio funzionale

- valutazione fisioterapica iniziale
- eventuali rivalutazioni periodiche
- osservazione del comportamento motorio spontaneo
- valutazione del tono muscolare, della postura e dell'organizzazione motoria
- monitoraggio dell'evoluzione delle competenze neuromotorie

Intervento fisioterapico abilitativo

- proposte di facilitazione motoria e posturale
- interventi di positioning terapeutico
- tecniche di handling fisioterapico
- facilitazioni dell'organizzazione motoria e della variabilità del movimento
- proposte finalizzate a favorire la regolazione comportamentale e il comfort
- adattamenti ambientali facilitanti

Intervento educativo e di supporto alla famiglia

- educazione terapeutica e counselling ai genitori/caregiver
- indicazioni per una corretta gestione posturale e motoria del neonato
- indicazioni per le modalità di accudimento e interazione
- supporto alla partecipazione attiva dei caregiver nel percorso assistenziale

Il trattamento può prevedere il contatto manuale terapeutico necessario all'esecuzione delle tecniche fisioterapiche.

L'intervento viene effettuato nel rispetto:

- della stabilità clinica del neonato
- dei segnali di tolleranza individuale

**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE NEONATOLOGICA**

- *dei criteri di sicurezza neonatale*
- *delle indicazioni del team curante*

Durante il trattamento il fisioterapista osserva costantemente le risposte comportamentali e fisiologiche del neonato e può modulare, interrompere o sospendere l'intervento qualora emergano segnali di ridotta tollerabilità o instabilità clinica.

Il programma fisioterapico costituisce un processo dinamico e individualizzato e potrà essere modificato nel tempo in relazione:

- *all'evoluzione clinica*
- *alla risposta del neonato*
- *alla tollerabilità delle proposte terapeutiche*
- *al raggiungimento degli obiettivi funzionali*
- *alle indicazioni del team curante*

Eventuali modifiche del programma rientrano nel normale processo di personalizzazione del trattamento e non costituiscono variazione della natura dell'atto sanitario per il quale viene espresso il consenso.

Le informazioni relative alla prestazione sono state fornite oralmente durante il colloquio con il fisioterapista e mediante il presente documento scritto, con possibilità di porre domande e ricevere chiarimenti.

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

L'intervento fisioterapico neonatologico si propone di:

- *supportare lo sviluppo neuromotorio fisiologico*
- *favorire l'organizzazione posturale e motoria*
- *promuovere la qualità del movimento spontaneo*
- *prevenire o ridurre disorganizzazioni motorie precoci*
- *favorire le competenze funzionali emergenti*
- *supportare la regolazione comportamentale*
- *favorire il comfort del neonato*
- *promuovere l'interazione neonato-caregiver*
- *sostenere i genitori nella gestione quotidiana*
- *ridurre il rischio di difficoltà funzionali associate a fattori di rischio dello sviluppo*

I risultati dipendono da molteplici fattori tra cui:

- *la condizione clinica di base*
- *il grado di prematurità o fragilità*
- *la presenza di eventuali comorbidità*
- *la risposta individuale del neonato*
- *la continuità assistenziale*
- *la collaborazione dei caregiver*

Non è possibile garantire il raggiungimento di risultati specifici né tempi certi di evoluzione, in quanto lo sviluppo neuromotorio è influenzato da variabili biologiche individuali non completamente prevedibili.

EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

In fisioterapia neonatologica non esistono alternative standard universalmente equivalenti, ma differenti possibili strategie di intervento selezionate dal fisioterapista in base a:

- *condizioni cliniche*
- *stabilità del neonato*
- *età gestazionale ed età corretta*
- *bisogni funzionali*

**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE NEONATOLOGICA**

- *obiettivi assistenziali*
- *tollerabilità individuale*
- *evidenze scientifiche disponibili*

Le alternative possono riguardare:

- *differenti modalità di facilitazione motoria*
- *diverse strategie posturali*
- *differenti modalità di handling*
- *diversa frequenza o intensità delle sedute*
- *eventuale osservazione clinica senza intervento diretto nelle fasi di instabilità*

Tali scelte vengono condivise con i genitori/caregiver nell'ambito del progetto assistenziale individualizzato. Un'ulteriore possibile alternativa è la non esecuzione del trattamento in assenza di consenso.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Il trattamento fisioterapico neonatologico presenta un profilo di rischio generalmente basso quando eseguito da personale qualificato, ma i rischi possono variare in relazione a:

- *condizioni cliniche del neonato*
- *prematurità*
- *fragilità biologica*
- *presenza di comorbidità*
- *presenza di dispositivi medicali*
- *stabilità clinica*
- *tollerabilità individuale*

Durante o dopo il trattamento possono verificarsi:

- *transitori segni di stress comportamentale*
- *modesto e temporaneo discomfort*
- *irritabilità transitoria*
- *affaticamento*
- *ridotta tolleranza alla seduta*
- *variazioni transitorie dei parametri fisiologici monitorate dal personale sanitario*

In rari casi possono verificarsi:

- *intolleranza alla manipolazione*
- *necessità di sospensione anticipata della seduta*
- *dislocazione accidentale di presidi non invasivi (evento raro prevenuto mediante procedure assistenziali)*

I rischi vengono ridotti attraverso:

- *valutazione clinica preliminare*
- *rispetto dei criteri di stabilità neonatale*
- *utilizzo di tecniche appropriate*
- *monitoraggio continuo*
- *modulazione individualizzata dell'intervento*
- *rispetto dei segnali di stress del neonato*

Qualora si verificassero eventi non prevedibili o condizioni cliniche che richiedano una modifica della gestione assistenziale, il trattamento potrà essere rimodulato o sospeso secondo giudizio clinico.

ESITI DEL NON TRATTAMENTO

Il mancato trattamento fisioterapico, quando indicato, può comportare conseguenze variabili in relazione a:

**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE NEONATOLOGICA**

- *condizione clinica*
- *fattori di rischio dello sviluppo*
- *prematurotà*
- *comorbidity*
- *evoluzione del quadro clinico*

Il mancato intervento può comportare:

- *possibile mancato supporto allo sviluppo neuromotorio*
- *possibile persistenza di disorganizzazioni posturali*
- *possibile maggiore rischio di difficoltà funzionali*
- *possibile necessità futura di interventi riabilitativi più complessi*
- *possibile maggiore carico assistenziale*
- *possibile maggiore difficoltà nella gestione funzionale del neonato*

La rilevanza di tali possibili esiti è correlata alla situazione clinica individuale.

ALTRI PROBLEMI / NOTE

Il percorso fisioterapico si basa sulla collaborazione tra professionisti sanitari e famiglia nel rispetto dei principi di partecipazione informata, appropriatezza e sicurezza delle cure.

La collaborazione dei genitori/caregiver e l'eventuale applicazione delle indicazioni fornite rappresentano elementi importanti del percorso assistenziale.

La presa in carico fisioterapica costituisce un processo individualizzato e progressivo basato sulla rivalutazione periodica dei bisogni funzionali e sull'evoluzione clinica.

Il consenso si intende riferito al progetto fisioterapico complessivo e alle sue eventuali modifiche motivate dall'evoluzione clinica.

I genitori/tutori dichiarano:

- *di aver ricevuto informazioni comprensibili e adeguate*
- *di aver ricevuto spiegazioni sia oralmente sia tramite il presente documento*
- *di aver avuto la possibilità di porre domande*
- *di aver ricevuto risposte esaurienti*

Viene inoltre precisato che:

- *il consenso può essere revocato in qualsiasi momento prima o durante il trattamento*
- *l'eventuale revoca non pregiudica la qualità dell'assistenza sanitaria*
- *il trattamento viene effettuato nel rispetto delle buone pratiche professionali e dei principi di sicurezza delle cure*

Il trattamento fisioterapico viene effettuato nel rispetto:

- *delle buone pratiche professionali*
- *dei principi di sicurezza delle cure*
- *delle raccomandazioni applicabili*
- *dei principi di appropriatezza clinica*
- *dei principi di risk management sanitario*



**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE NEONATOLOGICA**

PARTE C – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA

DICHIARO/DICHIARIAMO, in pieno possesso delle mie/nostre facoltà mentali:

- di aver ricevuto dal Fisioterapista che mi ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'atto sanitario proposto e sulle modalità con cui esso verrà eseguito;
- di aver compreso quali potrebbero essere i potenziali rischi/inconvenienti della presa in carico;
- di essere a conoscenza del fatto che il risultato sperato possa non essere raggiunto, anche in assenza di errori da parte dell'équipe sanitaria e di aver compreso che sono possibili eventuali modifiche in caso di necessità clinica, in presenza di riscontri clinici non prima valutabili;
- di ritenere appropriato il tempo concesso per valutare le informazioni fornite, per porre eventuali domande e prendere serenamente delle decisioni;
- di aver informato dettagliatamente i fisioterapisti riguardo eventuali precedenti interventi chirurgici subiti, patologie e terapie medica e non mediche in corso, nello specifico interventi fisioterapici;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze.

Pertanto, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza:

ACCONSENSO/ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO

all'atto sanitario oggetto del presente consenso.

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>
<i>Data</i>	<i>Il Fisioterapista che ha effettuato il colloquio (firma leggibile)</i>	<i>Il Mediatore culturale (firma leggibile)</i>

PARTE C2 – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SANITARIE A PARENTI/CONOSCENTI

RICHIEDO/RICHIEDIAMO che le mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e gli esiti della valutazione e dell'intervento fisioterapico siano trasmessi alle seguenti persone:

Cognome, Nome e data di nascita

Rapporto con l'assistito/a:

Cognome, Nome e data di nascita

Rapporto con l'assistito/a:

RICHIEDO/RICHIEDIAMO che delle mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e degli esiti della valutazione/intervento fisioterapico NON sia informato nessuno.

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>
-------------	---	--



**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE NEONATOLOGICA**

PARTE D – DIRITTO ALLA REVOCA

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

- all'atto sanitario proposto
- alla fornitura di informazioni a parenti/conoscenti
- altro (*specificare*)

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>
-------------	---	--

PARTE E– ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER SCOPI DI RICERCA SCIENTIFICA

**DICHIARAZIONE DI PRESA D'ATTO
DELLA PROCEDURA PER L'EVENTUALE USO**

DICHIARO/DICHIARIAMO,

in pieno possesso delle mie/nostre facoltà mentali:

- di aver compreso che i dati clinici, le valutazioni funzionali e le eventuali immagini fotografiche o videoregistrazioni raccolte durante il percorso riabilitativo possono essere utilizzati, in forma anonima o pseudonimizzata, a scopo di ricerca scientifica, valutazione della qualità delle cure e miglioramento delle pratiche riabilitative, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (Regolamento UE 2016/679 – GDPR) e della Legge 219/2017;
- di aver compreso che tali utilizzi riguardano esclusivamente dati relativi alla valutazione funzionale, agli esiti del trattamento riabilitativo, alle caratteristiche cliniche della condizione trattata e alle immagini/video, se previste, finalizzate a studi di movimento o ricerca riabilitativa;–
- di aver compreso che i dati e le immagini/video utilizzati a scopo di ricerca saranno trattati in forma anonima o pseudonimizzata e che non sarà possibile risalire all'identità del minore;
- di essere stato/a informato/a che il mancato consenso all'utilizzo dei dati per ricerca non influisce in alcun modo sulla qualità del trattamento riabilitativo.

Pertanto, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza:

- ACCONSENSO/ACCONSENTIAMO**
- NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO**

a che i dati relativi a:

<i>nome</i>	<i>cognome</i>	<i>data di nascita</i>
-------------	----------------	------------------------

siano utilizzato a scopo di ricerca scientifica.

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>
-------------	---	--

<i>Data</i>	<i>Il Fisioterapista che ha effettuato il colloquio (firma leggibile)</i>	<i>Il Mediatore culturale (firma leggibile)</i>
-------------	---	---



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO AD

**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE NEONATOLOGICA**

PRO_DSN_0008

Codice identificazione file:

MOD_0165_RIAB_0001_00
F_CONS_INF_0165_06_31052024

Versione definitiva

CONSENSO

Pagina 8 di 8

25/03/2026

SC Direzione delle professioni sanitarie – Area riabilitativa

PARTE F – DIRITTO ALLA REVOCA AL CONSENSO PER SCOPI DI RICERCA SCIENTIFICA

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

All'utilizzo dei dati clinici, valutazioni funzionali e immagini/video per scopi di ricerca scientifica.

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>
-------------	---	--