



**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA**

SC Direzione delle Professioni sanitarie – Area riabilitativa

Benvenuto/a nell'ambulatorio di fisioterapia ortopedica pediatrica 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.</i> <i>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).</i> <i>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 ORTOPEDICA**

PARTE B – INFORMATIVA

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

Condizione ortopedica dell'età evolutiva come da documentazione clinica e prescrizione medica specialistica, suscettibile di intervento riabilitativo fisioterapico.....

.....

.....

.....

.....

.....

ATTO SANITARIO

Valutazione funzionale e trattamento riabilitativo individualizzato di condizioni che interessano l'apparato muscolo-scheletrico e le funzioni motorie in età evolutiva.

La presa in carico prevede:

- *valutazione fisioterapica iniziale ed eventuali rivalutazioni periodiche*
- *definizione del programma riabilitativo personalizzato*
- *interventi terapeutici propri della riabilitazione ortopedica pediatrica quali esercizio terapeutico, rieducazione funzionale, mobilizzazione articolare e dei tessuti molli, rieducazione posturale ed educazione terapeutica del minore e dei caregiver.*

Il programma riabilitativo, per sua natura, costituisce un processo dinamico e individualizzato e potrà essere modificato nel tempo in relazione all'evoluzione clinica, alla risposta al trattamento, alla tollerabilità del minore e al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi, nel rispetto delle buone pratiche professionali e delle evidenze scientifiche disponibili.

Il trattamento può prevedere il contatto manuale terapeutico necessario all'esecuzione delle tecniche fisioterapiche, sempre nel rispetto della sicurezza, della dignità e del comfort del minore.

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

- *favorire il recupero funzionale*
- *migliorare le competenze motorie*
- *ridurre il dolore quando presente*
- *migliorare il controllo posturale*
- *prevenire complicanze secondarie*
- *sostenere lo sviluppo motorio*
- *promuovere l'autonomia funzionale*
- *supportare la famiglia nella gestione della condizione clinica.*

I risultati dipendono dalla condizione clinica, dalla collaborazione del minore e dall'aderenza alle indicazioni terapeutiche.

EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Possibili alternative possono comprendere:

- *monitoraggio clinico senza trattamento riabilitativo*
- *trattamento farmacologico quando indicato dal medico*
- *utilizzo di ortesi o ausili*
- *altre strategie terapeutiche specialistiche.*

**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA**

Il trattamento riabilitativo consente di favorire il recupero funzionale e prevenire possibili limitazioni secondarie. La mancata esecuzione del trattamento, quando indicato, può comportare tempi di recupero più lunghi o la possibile persistenza della limitazione funzionale.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Il trattamento fisioterapico è generalmente considerato a basso rischio. Tuttavia possono verificarsi:

- *lieve e transitorio dolore o fastidio*
- *affaticamento muscolare*
- *temporaneo aumento della sintomatologia*
- *scarsa tolleranza o oppositività del minore*

Eventuali reazioni vengono monitorate dal fisioterapista e comportano, se necessario, una modifica del programma terapeutico.

ESITI DEL NON TRATTAMENTO

Il mancato trattamento riabilitativo può comportare, a seconda della condizione clinica:

- *possibile persistenza della limitazione funzionale*
- *recupero più lento*
- *possibile cronicizzazione del dolore*
- *mantenimento di alterazioni posturali o funzionali*
- *possibile necessità di interventi più complessi successivamente.*

ALTRI PROBLEMI / NOTE

Il percorso riabilitativo si basa sulla collaborazione tra professionisti sanitari, minore e famiglia, nel rispetto dei principi di partecipazione informata e condivisione degli obiettivi terapeutici.

Il buon esito del trattamento è correlato anche alla collaborazione del minore e dei genitori/caregiver, anche attraverso l'eventuale esecuzione delle indicazioni domiciliari fornite dal fisioterapista.

La presa in carico fisioterapica costituisce un processo riabilitativo individualizzato e progressivo, basato sulla rivalutazione periodica dei bisogni funzionali del minore. Il consenso si intende pertanto riferito al progetto riabilitativo complessivo e alle sue eventuali modifiche motivate dall'evoluzione clinica.

I genitori/tutori dichiarano di aver ricevuto informazioni comprensibili, adeguate e proporzionate alla condizione clinica, sia oralmente durante il colloquio sia tramite il presente documento scritto, di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte esaurienti.

Il trattamento fisioterapico viene effettuato nel rispetto delle linee di buona pratica clinica, dei principi di sicurezza delle cure e delle raccomandazioni nazionali e internazionali applicabili.

**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA**

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:

ACCONSENTO/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 ORTOPEDICA**



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:

- ACCONSENTO/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>
-------------	---	---

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

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO



IRCCS Burlo

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

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO AD

**ATTO SANITARIO:
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA**

PRO_DSN_0008

Codice identificazione file:

MOD_0165_RIAB_0002_00
F_CONS_INF_0165_06_31052024



Versione definitiva

CONSENSO

Pagina 6 di 6

25/03/2026

SC Direzione delle Professioni sanitarie – Area riabilitativa

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

Data

*L'assistito/a o il rappresentante legale
(primo genitore/tutore)*

*Il rappresentante legale
(secondo genitore)*