

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO
PSICOTERAPEUTICO PER PRESTAZIONI RESE AI MINORI

Il sottoscritto dott. _____ (Psicologo Psicoterapeuta) prima di rendere qualsiasi prestazione professionale in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____, fornisce le seguenti informazioni al Sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ (padre del minore) e alla Sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale:

- le prestazioni saranno rese presso _____ (studio privato, ambulatorio, ecc), sito in _____;
- per quanto riguarda la durata del trattamento psicoterapeutico, non essendo definibile a priori, si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta con i genitori;
- ogni seduta avrà la durata di _____ minuti, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità del paziente. Nel corso dello svolgimento sarà possibile adeguare la psicoterapia alle esigenze personali e alla relazione terapeutica;
- il trattamento psicoterapeutico sarà finalizzato – attraverso l'alleanza terapeutica e la collaborazione da parte del paziente – al conseguimento della migliore realizzazione di se stessi e delle proprie capacità/potenzialità; all'aumento della conoscenza di sé e all'accettazione dei propri limiti; alla riduzione della sofferenza psicopatologica;
- la psicoterapia sarà di orientamento _____ (indicare l'approccio psicoterapeutico utilizzato dal professionista);
- esistono vari tipi di approccio psicoterapeutico oltre a quello utilizzato dal professionista;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico nell'ambito dell'orientamento utilizzato dal professionista;
- il trattamento psicoterapeutico potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati (in tal caso

sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori del paziente e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici, oppure se interromperlo);

- i benefici e gli effetti conseguibili mediante la psicoterapia sono i seguenti: riduzione della sofferenza psichico-emotiva, promozione del benessere psicologico, raggiungimento di un miglior equilibrio psichico personale, miglioramento delle capacità relazionali, miglioramento della gestione dei propri stati emotivi e dei propri impulsi, raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell'altro;
- in qualsiasi momento i genitori del paziente potranno decidere di far interrompere al figlio la psicoterapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicheranno al terapeuta la volontà di interruzione rendendosi disponibile a far effettuare un ultimo incontro tra lo psicoterapeuta e il figlio finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- in qualunque momento lo psicoterapeuta potrà decidere di interrompere la psicoterapia per necessità e/o per impedimento personale, o per esigenze relative all'efficacia della psicoterapia stessa, e potrà anche consigliare ai genitori del paziente di avvalersi delle prestazioni di un altro psicoterapeuta;
- lo psicoterapeuta qualora lo ritenga opportuno potrà suggerire agli esercenti la potestà genitoriale sul minore l'intervento di un altro specialista o se lo ritiene necessario potrà consigliare al paziente l'intervento di uno specialista medico sia patologie organiche che per terapie psicofarmacologiche;
- lo psicoterapeuta è tenuto all'osservanza del Codice deontologico degli Psicologi italiani. Ha l'obbligo al segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dei genitori del paziente o per ordine dell'Autorità Giudiziaria;
- il compenso, sarà preventivamente comunicato agli esercenti la potestà genitoriale sul minore, sulla base delle indicazioni definite dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli psicologi.

Dopo ampio colloquio esplicativo avvenuto in data ____/____/____ si invitano i genitori del minore-paziente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ dichiarano di aver compreso quanto sopra riportato e decidono consapevolmente di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il consenso affinché il figlio usufruisca delle prestazioni professionali del dott. _____, come sopra descritte, accettandone i rischi connessi.

Luogo e data

In fede

Firma (padre del minore)

Firma (madre del minore)