|  |
| --- |
| **CONSENSO INFORMATO ALLA CONSULENZA PSICOLOGICA**  **E ALLA PSICOTERAPIA per MINORI** |

|  |  |
| --- | --- |
| Dati personali per l’esecuzione di prestazioni personali  Consenso e obblighi | La sottoscritta dott.ssa **Francesca Di Sipio**, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo con il n. **1445**, e abilitata all’esercizio della psicoterapia (ai sensi dell’art. 3 della l. 56/1989), prima di svolgere la propria opera professionale in favore del minore  **Nome e Cognome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  via/piazza/c.da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_  fornisce le seguenti informazioni al **Sig.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nato il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/piazza/c.da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_Cellulare o Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Documento di riconoscimento (carta di identità/patente) N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (padre del minore) e alla Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata il\_\_/\_\_/\_\_  a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  via/piazza/c.da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_  Cellulare o Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento  (carta di identità/patente) N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale  fornisce le seguenti informazioni:   * la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste ai primi 4 incontri nella consulenza psicologica, tesa all’analisi della domanda, al raccoglimento delle informazioni, finalizzata al conseguimento di una valutazione psicologica tesa a stabilire il fine dell’eventuale lavoro successivo; * 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, nell’ambito dell’accordo definito dai genitori per il minore; * a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall’art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione - riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico della durata di 50-60 minuti per individui e 65-75 minuti per la coppia genitoriale, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità della sottoscritta e l’eventuale somministrazione di test e questionari psicologici unito agli strumenti del gioco, del disegno e delle storie, propri dell’età evolutiva e al trattamento; * il trattamento potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori per valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l’interruzione della stessa; * la psicoterapia sarà di orientamento analitico transazionale; * esistono vari tipi di approccio psicoterapeutico oltre a quello utilizzato dal professionista; * i genitori autorizzano il terapeuta ad uscire con il minore durante l’ora di psicoterapia anche all’esterno dello studio, in outdoor setting, quando questo sia ritenuto utile dal terapeuta stesso per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici; * i genitori autorizzano il terapeuta ad effettuare sedute in remoto, quando questo sia ritenuto necessario dal terapeuta per questioni di salute, protezione o quant’altro eventuali prestazioni on-line hanno finalità di supporto durante la prolungata assenza presso lo studio, ogni singola consulenza resa on-line durerà: 45 minuti mediante videochiamata (Skype, Facetime, Whatsapp ecc.) o telefono e 60 minuti mediante chat, i sottoscritti e la dott.ssa Francesca Di Sipio si impegnano a garantire che la prestazione on-line sia tenuta in uno spazio adeguatamente protetto (stanza chiusa in cui nessuno, a parte il minore possa entrare ed essere presente e cuffie), per tutto il resto (onorario, frequenza, finalità dell’intervento e modalità di disdetta dell’incontro) vale quanto già indicato per le consulenze in presenza; * 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 disponibili 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 l’intervento di uno specialista medico sia patologie organiche che per terapie psicofarmacologiche; * lo psicoterapeuta, qualora lo ritenga utile o necessario, potrà somministrare al minore singoli test o una batteria di test al fine di una migliore comprensione del disagio e conseguentemente di un intervento più mirato; potrà, altresì richiedere l’ausilio di colleghi, per la somministrazione degli stessi; * le prestazioni verranno rese lo studio del suddetto professionista, sito in Via Pietro Nenni 236-D, Località Sambuceto, San Giovanni Teatino (Ch); * lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l’altro, impone l’obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge. * la durata globale dell’intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta; * i sottoscritti e la dott.ssa Francesca Di Sipio si impegnano a non audio o video registrare gli incontri per nessuna ragione senza averne prima informato l’altra parte; * i sottoscritti si impegnano a disdire gli appuntamenti entro le 48 ore lavorative prima dell’orario previsto per l’incontro, in caso contrario sarà tenuto a pagare la prestazione; * le fatture emesse saranno trasmesse al Sistema Tessera Sanitaria dell’Agenzia delle Entrate ai fini dell’elaborazione del mod. 730/UNICO precompilato del cliente. La persona assistita ha il diritto di opporsi a tale invio. L’opposizione all’invio dei dati deve essere esercitata prima dell’emissione della fattura, tramite esplicita richiesta, in modo che possa essere annotata in fattura. L’eventuale opposizione non pregiudica la detrazione della spesa, ma comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione dei redditi precompilata; * i genitori acconsentono a che il materiale prodotto dal minore o dall’interazione tra questi e l’analista durante il trattamento (disegni, creazione di storie, manufatti) venga utilizzato a fini scientifici e di ricerca, eventualmente pubblicato o utilizzato in convegni e seminari, fatto salvo il principio alla riservatezza; * il compenso da corrispondere per ciascun incontro è pari ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*escluse eventuali spese aggiuntive, ed es. somministrazione di test, stesura della relazione ecc*.) oltre ad un ulteriore 2% sul totale da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP e ai seguenti oneri 2€ di bollo per fatture che superano i 77 €. Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione all’andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione al paziente e si potrà procedere ad un’integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.   Il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e la sig.ra  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avendo ricevuto l’informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista *n. polizza 500216023*, stipulata con Allianz SpA Milano (massimale 1.000.000€) dichiara:   * di avere adeguatamente compreso i termini dell’intervento come sopra sintetizzati e di accettare l’intervento concordato con la dott.ssa Francesca Di Sipio; * di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della *Legge 4 agosto 2017 n. 124*, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l’effettiva durata dello stesso.   San Giovanni Teatino Data\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La dott.ssa Francesca Di Sipio sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato.  Firma del Dott./Dott.ssa  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |