

ALLEGATO 1

CONSENSO INFORMATO Unità d'Offerta specialistico riabilitativa "Alba di Bacco":

1. CONSENSO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO :

Io sottoscritto, nato a, il, residente in, a, dichiaro di essere stato chiaramente e compiutamente informato dalla Struttura del trattamento riabilitativo previsto e di acconsentire allo stesso.

Sono a conoscenza che:

- All'ingresso gli utenti sono chiamati a consegnare ogni tipo di oggetto personale di valore e sottoporre il bagaglio a perquisizione.
- E' possibile portare bagagli sino a un massimo di 20 kg (coperta esclusa).
- Durante la permanenza potranno essere effettuati controlli dell' alcolemia e della presenza di sostanze nelle urine.
- L'utilizzo di cellular e di computer è consentito qualora in linea con gli obiettivi del progetto di cura concordato.
- Gli utenti possono ricevere telefonate da parte dei referenti concordando giorni e orari con il proprio care manager in linea con gli obiettivi del Progetto di cura.
Il numero della comunità Alba di Bacco: 0299682949
- I familiari autorizzati dall'utente a ricevere notizie sull'andamento del programma di cura possono chiamare in struttura per chiedere informazioni.
- Le visite dei referenti familiari sono concordate con il Care-manager in linea con gli obiettivi del Progetto di cura e il Piano assistenziale individualizzato.
- Sono possibili visite da parte di persone esterne alla famiglia previo colloquio con il Care-manager /Responsabile del Programma, se in linea con il Progetto di cura.
- Seconda la normativa di legge (art.51 Legge 3/2003) non è consentito fumare all'interno dei locali della comunità.
- Non sono consentiti prestiti/scambi economici e di oggetti tra ospiti.

- Le terapie prescritte dal Medico curante sono a carico del SSN, ove non esenti, le stesse saranno a carico dell'utente. Per le eventuali terapie complementari aggiuntive si concorderà di volta in volta con l'utente e la famiglia.
- Le sigarette saranno consegnate alla mattina dall'operatore di turno, in numero concordato con il Care manager
- E' possibile ascoltare musica con i propri dispositivi elettronici solo nella propria stanza e se dotati di cuffie, altrimenti al di fuori degli spazi comuni e al di fuori delle attività.
- Eventuali danni arrecati dall'utente alla struttura, al mobilio o alle attrezzature saranno a carico dello stesso.
- Tutte le informazioni relative agli altri ospiti emerse durante le attività e il programma di cura sono strettamente private ed ogni utente è impegnato a non divulgarle all'esterno della struttura.
- Il giorno della dimissione, o in caso di abbandono della struttura, l'utente deve prendere con sé i propri effetti personali. In caso di impossibilità la struttura ne garantisce la custodia per 5 giorni, termine ultimo per il ritiro dei bagagli da parte dell'utente o della famiglia. Trascorso tale termine l' U.d.o. declina ogni responsabilità sulla custodia degli stessi.
- Motivo di possibile allontanamento dalla Comunità:
 - Non aderenza alle precedenti indicazioni
 - introduzione e/o uso di qualsiasi sostanza stupefacente e/o bevande alcoliche
 - violenza fisica o verbale verso gli operatori, gli utenti e l'ambiente della Comunità
 - avere rapporti sessuali con altri utenti
 - diffondere all'esterno informazioni sulle persone in cura nella struttura compresi i propri familiari
- Il metodo di cura proposto è orientato al costruito della Resilienza.
- Secondo la normativa regionale, il ricovero presso l' U.d.o. può durare max 18 mesi.
- Sono possibili , nell'arco dei 18 mesi , assenze notturne concordate nel limite massimo definitivo dalla normative regionale in vigore.
- In base al programma in corso potranno essere offerti i seguenti trattamenti:
 - Gruppi riabilitativi (psicodramma, arte terapia, danza terapia, attività resiliente, gruppo PTR, gruppo convivenza, mindfulness, etica, attività ergo terapeutica, pilates, attività fisica, gruppo di riequilibrio funzionale antistress, gruppo REBT, gruppo prevenzione ricadute, gruppo orientamento alla cura)



via Montegrappa 40, 20812 Limbiate (MB)
T. +39 0299682949 - F. +39 02 93650952
alba@fondazioneeris.it
Delibera Accreditamento VIII/7351 del 28/05/2008
Codice Struttura: 324001065

- Supporto medico-psichiatrico
- Programma Trattamentale/ individuale Resiliente (PTR) o al Programma di Prevenzione alla Ricaduta (PPR)
- Supporto psicologico individuale
- Case –management e Care-management
- Trattamento di supporto farmacologico
- Protocollo di neuromodulazione tDCS.
- Gruppo multifamiliare
- Controllo metaboliti urinari
- Visite /uscite con i referenti familiari
- Pernottamento
- Colazione, pranzo e cena

Il programma di cui sopra è gratuito e il costo è coperto del Sistema Socio Sanitario Regionale per i cittadini Lombardi.

Infine, faccio presente di essere stato informato del fatto che il successo del programma riabilitativo prevede la mia adesione a tutte le attività e le prestazioni previste dal Programma trattamentale condiviso con l'equipe multidisciplinare dell'U.d.o. e che la mancata partecipazione può compromettere il buon esito del periodo di cura.

Sono altresì stato informato che nel corso del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro diverso dal previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese, tali da rendere opportuno o necessaria l'interruzione del programma per procedere ad ulteriori azioni valutative diagnostico-terapeutiche per rivedere gli obiettivi che hanno condotto all'inserimento in una struttura specialistica invece che a una struttura terapeutica, educativa o di doppia diagnosi. Anche a queste possibili variazioni rispetto alla linea di condotta prestabilita (che mi sono state compiutamente descritte, così come mi è stato descritto quanto, nelle singole evenienze, diverrà opportuno o necessario effettuare) dichiaro consapevolmente di acconsentire.



via Montegrappa 40, 20812 Limbiate (MB)
T. +39 0299682949 - F. +39 02 93650952
alba@fondazioneeris.it
Delibera Accreditamento VIII/7351 del 28/05/2008
Codice Struttura: 324001065

Limbiate,

Firma del paziente o dell' esercente la potestà

Dichiaro di aver ricevuto copia della CARTA DEI SERVIZI con relativi allegati (consenso informato, tariffario offerta soggettiva e questionario di soddisfazione)

Limbiate,

Firma del paziente o dell' esercente la potestà

Dichiaro di aver ricevuto copia del PIANO DI EVACUAZIONE DELLA STRUTTURA

Limbiate,

Firma del paziente o dell' esercente la potestà

Dichiaro di aver ricevuto copia del PROTOCOLLO ANTISCABBIA

Limbiate,

Firma del paziente o dell' esercente la potestà

2. CONSENSO ALL'ATTO MEDICO:

Premesso che le terapie prescritte dal Medico curante o dal Medico della Struttura sono a carico del SSN. Nel caso di farmaci non a carico del sistema SSN gli stessi saranno a carico dell'utente. Per le eventuali terapie complementari si concorderà di volta in volta con il medico della struttura e il pagamento sarà a carico dell'utente.

Io sottoscritto..... dichiaro di essere stato chiaramente e compiutamente informato dal medico della Struttura che per l'abuso/la dipendenza da me presentati (.....) si rende necessario/opportuno procedere al/i seguente/i trattamento/i medico/i:

- o procedure diagnostico – terapeutiche
- o somministrazione di farmacoterapia

che mi è/sono stato/i descritto/i in modo dettagliato ed approfondito sino ad una completa comprensione da parte mia. Dichiaro inoltre che sono stato messo al corrente di come la mia situazione, se non adeguatamente trattata in questa fase, potrebbe evolvere e di quali nuove problematiche potrebbero insorgere posticipando il trattamento.

Ho compreso l'effettiva portata dell'intervento terapeutico, le difficoltà ad esso legate, gli obiettivi, le probabilità dei risultati che potranno essere conseguiti (compresa l'ipotesi che esso possa non essere risolutore), e comunque i prevedibili vantaggi, i rischi connessi e gli eventuali effetti indesiderati. Mi è stata descritta la prevedibile durata del trattamento e mi è stato chiarito che le indicazioni fornitemi sono valide soltanto in assenza di complicanze ed effetti collaterali indesiderati, che varierebbero i tempi ed i modi del trattamento.

Mi è stato spiegato, indicandomeli dettagliatamente, che taluni di questi rischi sono da considerarsi eccezionali, altri sono possibili, altri ancora probabili e che taluni risultano insiti nell'atto diagnostico-terapeutico stesso. Tutto ciò, sia in senso generale che in riferimento al mio quadro clinico.

Alle domande da me poste il Medico ha fornito risposte comprensibili, tali da consentirmi di farmi un quadro completo e del tutto esauriente della situazione, sono quindi in grado di decidere consapevolmente sul trattamento diagnostico-terapeutico cui dovrò essere sottoposto.

Tutto ciò premesso, sottolineo altresì che sono pienamente consapevole del fatto che un mio eventuale rifiuto comunque non precluderebbe in alcun modo il rapporto di fiducia medico-paziente e che non ritengo di aver subito da parte del medico alcuna pressione di tipo psicologico per indirizzare la mia scelta, dichiaro di al trattamento propostomi.

Infine, faccio presente di essere stato informato del fatto che nel corso della procedura diagnostica o del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro diverso dal previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese, tali da rendere opportuno o necessario procedere ad ulteriori misure diagnostico-terapeutiche, differenti da quelle progettate. Anche a queste possibili variazioni rispetto alla linea di condotta prestabilita (che mi sono state compiutamente descritte, così come mi è stato descritto quanto, nelle singole evenienze, diverrà opportuno o necessario effettuare) dichiaro consapevolmente di acconsentire.

Limbiate,

Firma del paziente o dell'esercente la potestà

Firma del medico