

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESA IN CARICO LOGOPEDICA

Gentili Famiglie,

vi informiamo che, a seguito dell'adozione di nuove modalità operative da parte del Servizio di Neuropsichiatria Infantile, la presa in carico logopedica per i minori con diagnosi nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo verrà rimodulata, così come previsto dal PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) Aziendale.

A far data dal 01/06/2025, secondo una pianificazione progressiva definita dal Servizio, i trattamenti verranno erogati, a cicli strutturati, con modalità differenziate in base all'età e ai prerequisiti comunicativi, fino al compimento dei 10 anni e 6 mesi.

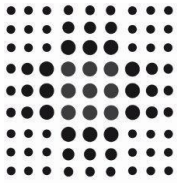
Modalità di trattamento (in sintesi):

- Fascia 0-3 anni: trattamento psicoeducativo con eventuale integrazione logopedica ed educativa.
- Fascia 3-6.11 anni: trattamento logopedico diretto per due cicli annuali di 10 sedute.
- Fascia 7-8.11 anni: trattamento logopedico diretto in gruppo o individuale per un ciclo di 10 sedute con obiettivi specifici, eventualmente ripetibile.
- Fascia 9-10.6 anni: trattamento logopedico indiretto con un massimo di due consulenze annuali (scolastiche o familiari).

Cosa implica questa rimodulazione:

- L'intervento sarà organizzato per cicli (anche ripetibili) e orientato al raggiungimento di obiettivi specifici, con pausa tra un ciclo e l'altro e valutazioni periodiche.
- Oltre i 9 anni, si prediligerà una modalità di presa in carico indiretta, con un ruolo attivo della scuola e della famiglia.

N.B. Ogni trattamento verrà definito sulla base di **OBIETTIVI CLINI E ABILITATIVI PERSONALIZZATI**, coerenti con le caratteristiche, i bisogni e il profilo evolutivo del minore.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna



*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Ambito Territoriale di Ravenna*

Questa impostazione consente di ottimizzare l'efficacia dell'intervento, promuovendo apprendimenti funzionali e maggiormente generalizzabili nel contesto di vita quotidiana.

Siamo a disposizione per chiarimenti e approfondimenti in merito al percorso specifico di vostro/a figlio/a.

Firma del genitore/tutore: _____

Data: ___ / ___ / _____

Firma dell'operatore: _____