

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PSICOFARMACOTERAPICO

Il sottoscritto dott. Stefano Martellotti, Psichiatra, Psicoterapeuta, iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di Roma dal 11/09/2001, N 51001, legittimato all'esercizio della Psicoterapia in data 20/10/2005, prima di rendere prestazioni professionali in favore del Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/____ e residente in _____, gli/le fornisce le seguenti informazioni:

- le prestazioni saranno rese presso studio privato.
- per quanto riguarda la durata del trattamento psicofarmacoterapico, non essendo definibile a priori, si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- le visite di controllo psichiatriche avranno, in genere, una cadenza quindicinale, mensile o bimestrale, a seconda del grado di stabilizzazione del quadro clinico ottenuta mediante il trattamento, ed avranno una durata di circa 45 minuti;
- potranno essere somministrati questionari di valutazione ogni 3-6 mesi, al fine di migliorare l'accuratezza delle valutazioni diagnostiche e di monitorare estensivamente e quantitativamente l'impatto dei trattamenti psicofarmacologici;
- il trattamento psicofarmacoterapico sarà finalizzato - attraverso l'azione dei farmaci, l'alleanza terapeutica e la collaborazione attiva da parte del paziente - al contenimento dei sintomi di sofferenza psicologica (ad esempio, ansia, attacchi di panico, depressione, fobie, sintomatologia ossessivo-compulsiva, ipocondria, impulsività, irritabilità, insonnia, ecc.) ed al recupero delle capacità di funzionamento in campo scolastico, lavorativo, cognitivo e relazionale;
- il grado aderenza (o compliance) del paziente alle prescrizioni terapeutiche inciderà in modo determinante sulla probabilità di un esito favorevole del trattamento;
- il paziente in trattamento ha facoltà di contattare telefonicamente il dott. Martellotti per qualsiasi chiarimento in merito al trattamento o per ottenere un confronto sull'andamento dei disturbi e sugli eventuali effetti collaterali dovuti agli psicofarmaci. È preferibile che la chiamata avvenga nella prima metà della mattinata, dal lunedì al sabato.
- In nessun caso, a tutela della chiarezza e dell'adequatezza di valutazioni e decisioni terapeutiche, verranno accettati confronti via SMS.
- lo psichiatra prescrittore, il dott. Martellotti, considera, nella maggior parte dei casi, sconsigliabile la somministrazione di psicofarmaci in assenza di un trattamento psicoterapeutico integrato
- il trattamento psicoterapeutico integrato al trattamento farmacologico potrà anche essere intrapreso (o proseguito, se già in corso) presso uno psicoterapeuta diverso dallo psichiatra prescrittore, il quale, in tale circostanza, manterrà un contatto costante ed una collaborazione attiva con il terapeuta;
- il trattamento psicofarmacoterapico potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati. In tal caso, sarà cura del professionista informare adeguatamente il paziente circa le possibili cause della mancata risposta e valutare assieme a lui/lei le ipotesi alternative relative a diverse opzioni terapeutiche;
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere il trattamento psicofarmacologico, purché avverta esplicitamente il professionista della propria decisione (di persona o via telefono; non via sms o e-mail). Una

volta comunicata allo psichiatra la volontà di interrompere, è consigliabile che il paziente si renda disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora e a ricevere suggerimenti su come perseguire un corretto monitoraggio/trattamento alternativo delle proprie difficoltà emotivo-comportamentali;

- in caso d'interruzione del rapporto terapeutico decisa unilateralmente dal paziente, lo psichiatra declinerà qualsiasi responsabilità rispetto al prosieguo del trattamento in forma autogestita;
- lo psichiatra, qualora lo ritenga opportuno, potrà suggerire al paziente l'intervento di un altro specialista;
- lo psichiatra è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico della propria categoria. Ha l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o per ordine dell'Autorità Giudiziaria;
- In caso di assenza della persona assistita ad un appuntamento concordato, il pagamento dovrà comunque essere corrisposto, salvo nei casi in cui l'assistito abbia avvertito il professionista dell'impossibilità di presentarsi alla seduta, tramite comunicazione telefonica (non SMS, email), entro le ore 21 del giorno precedente
- una volta effettuata la cancellazione di un appuntamento di controllo da parte del paziente, si concorderà con lo psichiatra una data alternativa per il medesimo. Qualora il paziente non dovesse accettare alcuna alternativa entro una data ragionevole (una/quattro settimane, a seconda del livello di compenso clinico), il trattamento e la relativa cartella clinica si considereranno ufficialmente chiusi.

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ____/____/____, si invita il paziente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista e qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Dott. Stefano Martellotti come sopra descritte, accettandone i rischi connessi parimenti sopra descritti.

Roma, ____/____/____

Firma del paziente

Firma del medico