



## CONSENSO INFORMATO ALLA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

La **riabilitazione del pavimento pelvico** è un insieme di tecniche specifiche di tipo conservativo (non si parla di tecniche chirurgiche né farmacologiche) che hanno come obiettivo la correzione di molteplici disfunzioni.

Il **pavimento pelvico** o **perineo** è formato da un insieme di muscoli che si intrecciano fra loro e chiudono verso il basso il bacino; abbracciano l'apparato urinario (uretra, vescica) e vaginale, formando il pavimento anteriore, fino a coinvolgere l'apparato ano-rettale, costituendo il pavimento posteriore. E' una parte dell'organismo continuamente sollecitata dal peso del corpo e soprattutto impegnata nel contrastare gli aumenti di pressione intra-addominali dettati dagli incrementi dei carichi, da condizioni croniche e dall'evento parto.

Le problematiche legate ad alterazioni funzionali del pavimento pelvico possono coinvolgere la sfera urinaria, vaginale, ano-rettale e l'ambito sessuale.

Il primo approccio per la cura di questi squilibri è di tipo riabilitativo.

### LE TECNICHE RIABILITATIVE

**Chinesiterapia pelvi-perineale**: si fonda sull'esercizio terapeutico dei muscoli del pavimento pelvico. Permette alla paziente di prendere coscienza della propria area perineale e di eseguire una serie di esercizi di contrazione e rilassamento mirati a incrementare la forza dei muscoli del pavimento pelvico. Le aree da trattare, a seconda delle esigenze, sono la vagina, l'ano o entrambi. L'obiettivo finale è creare la capacità di utilizzare correttamente il gruppo muscolare durante le normali attività quotidiane.

**Biofeedback**: questa tecnica si avvale dell'utilizzo di una sonda a palloncino collegata ad un'apparecchiatura dotata di uno schermo sul quale viene riprodotta la contrazione muscolare, così da permettere una visione di ritorno dell'esercizio che il paziente sta facendo. Un segnale sonoro coordina l'esercizio.

**La stimolazione elettrica funzionale**: è una stimolazione passiva effettuata mediante l'utilizzo di correnti elettriche bifasiche tramite elettrodi posizionati su sonde vaginali e ha l'obiettivo di produrre meccanismi riflessi che possano riorganizzare processi neurofisiologici.

Il successo della terapia è legato a diversi fattori. In primis all'impegno e alla collaborazione della paziente nell'eseguire la terapia, soprattutto quella domiciliare, di grande supporto durante il trattamento e fondamentale nel mantenere il risultato ottenuto al termine del ciclo terapeutico.

Un ciclo riabilitativo è composto da 10 sedute dalla durata di circa 40 minuti ciascuna, la cui cadenza è bisettimanale.



La sottoscritta Sig.ra.....

Nata a ..... il .....

Ho letto e compreso le informazioni sopra riportate. Ho potuto porre al medico specialista tutte le domande che mi interessavano. Alle mie domande sono state date risposte complete e comprensibili. Pertanto

**ACCONSENTO**    **NON ACCONSENTO**

di sottopormi alla prestazione indicata.

Confermo di avere fornito tutte le notizie significative concernenti le pregresse e le attuali patologie, le eventuali allergie e le terapie mediche in corso.

**Firma della Paziente**

**Firma del Medico**

.....

.....

Luogo .....

Data .....

**NOTA BENE**

In caso di **acquisizione del consenso con la collaborazione di mediatore - interprete** è richiesta, oltre alla firma del paziente, anche quella del mediatore stesso per attestare che il paziente ha compreso quanto contenuto nel foglio informativo

***dati identificativi del mediatore (nome cognome e data di nascita)***

.....  
**FIRMA DEL MEDIATORE INTERPRETE**  
.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ' (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)****In caso di paziente incapace CON Tutore/ Amministratore di sostegno**

Io sottoscritto / a .....  
nato/a a..... il ..... residente in .....  
via..... n .....

**consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,**

**D I C H I A R O**

di essere stato nominato dal Tribunale di ..... con provvedimento n.....del.....

tutore  amministratore di sostegno

di .....

nato/a a..... il .....

di essere autorizzato a compiere tutti gli atti utili ad assicurare la salute del suddetto a nome e per conto dello stesso

**data:**..... **firma (per esteso e leggibile):** .....

**In caso di paziente incapace SENZA Tutore/ Amministratore di sostegno**

Io sottoscritto / a .....  
nato/a a..... il ..... residente in .....  
via..... n ..... Grado di parentela .....

Io sottoscritto / a .....  
nato/a a..... il ..... residente in .....  
via..... n ..... Grado di parentela .....

Io sottoscritto / a .....  
nato/a a..... il ..... residente in .....  
via..... n ..... Grado di parentela .....

**consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria personale responsabilità**

**D I C H I A R A N O**

- di aver ben compreso tutte le informazioni scritte nel foglio informativo dell'atto medico proposto e le spiegazioni fornite dal medico, compresi i rischi dell'atto stesso;
- di aver ben compreso le motivazioni sulla necessità dell'atto medico proposto, sui benefici attesi e sui rischi del suo rinvio all'acquisizione del provvedimento di interdizione;

**data:**..... **firma (per esteso e leggibile):** .....

**data:**..... **firma (per esteso e leggibile):** .....

**data:**..... **firma (per esteso e leggibile):** .....

La presente è stata sottoscritta dall'interessato/i:

in presenza del dipendente (firma per esteso e leggibile) .....  
mediante esibizione del documento .....n. ....rilasciato da.....

presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

**Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE:** tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'ASST Bergamo Est saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Reg. 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'ASST Bergamo Est. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Reg. 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: [www.asst-bergamoest.it](http://www.asst-bergamoest.it). Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'Ente è il seguente soggetto: LTA Srl - P. IVA n. 14243311009 - Via della Conciliazione, 10 - CAP 00193 - Roma - Nominativo del DPO: Dott. Luigi Recupero, contattabile all'indirizzo: