Azienda USL Toscana Centro

Progetti di presa in carico “fuoriPorta”

La presa in carico socio-terapeutico- riabilitativa utilizzando un cambio di prospettiva

Allegato tecnico

Progetti di presa in carico “fuoriPorta”

La presa in carico socio-terapeutico- riabilitativa utilizzando un cambio di prospettiva

INDICE:

Sommario

1. Premessa metodologica: 2
2. Luogo e attività: 2
3. Stesura del progetto: 2
4. Costruzione equipe di lavoro: 4
5. Attività Back office: 4
6. Personale impiegato: 4
7. Valutazione di impatto del progetto e ripetibilità. 5
8. Comunicazione: 5
9. Consolidamento della sperimentazione e del nuovo modello di lavoro: 5
10. Allegati: 7

1. Premessa metodologica:

Quando le persone necessitano di una presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale e relativa equipe di essere seguite per bisogni socio sanitari di lunga assistenza (che generalmente superi l'annualità) emerge con più forza il bisogno di supportare la relazione di fiducia equipe- paziente.

Per fare questo è necessario trovare strumenti di attivazione e partecipazione dei pazienti e del loro contesto familiare e sociale.

E' importante creare percorsi strutturati di *emporwement* delle persone e delle loro reti familiari e sociali aumentando le logiche di prevenzione, sostenendo la *compliance* alle terapie, effettuando supporto sociale, sostegno alla fragilità in cui le malattie mettono le persone, assumendo un'ottica di comunità che va oltre l'interesse individuale ma che crei effetti positivi a cascata sull'individuo, sulla sua rete familiare e sociale sui pazienti fra di loro sui familiari fra loro.

Se infatti l'agire dei professionisti rimane fermo agli assunti secondo cui "se la persona ha il problema, il professionista ha la risposta", qualsiasi strumento di lavoro sarà utilizzato per veicolare il punto di vista dell'esperto, un giudizio che viene dall'alto e che intenda la partecipazione alla cura in maniera errata, ricercando nelle parole delle persone elementi utili per avvalorare il punto di vista di chi sa definire i termini del problema. Un processo trasformativo e partecipativo cambia questi assunti, apre nuove strade, lascia creare nuove possibilità; creando i presupposti per far lavorare la nuova entità "gruppo "formata dall'equipe socio sanitaria, dai pazienti, dai loro familiari e le loro reti sociali. Questo approccio ci permette di andare a costituire una sorta di "realtà aumentata immersiva", "una accelleratore di particelle".

! In questa prima fase si comincia a formare l'equipe che parteciperà al progetto e lavorerà insieme fra loro con le persone individuate e le e loro famiglie e realtà territoriali, già qualcosa cambia...

2. Luogo e attività:

Trovare una metodologia di lavoro, attraverso la collaborazione con una realtà sportiva, culturale, ricreativa, in cui inserire le proprie attività terapeutiche dentro una terapia cosiddetta "dell'avventura" dove fuori dagli ambulatori , si costituisce una nuovo contesto sfidante creando una squadra che lavora insieme; così facendo si abbattono le barriere e si creano nuove sinergie e alleanze, si affrontano insieme le fatiche, si gioisce dei risultati, il divertirsi e lo star bene amplifica e rende potente l'intervento fatto.

3. Stesura del progetto:

<u>Individuazione del target e n. dei partecipanti</u>: per il funzionamento di un gruppo si consideri un numero di circa 15 partecipanti. Da valutare il target dei pazienti e le sinergie che si potrebbero creare sulla base del profilo , è importante che tutti i pazienti facciamo capo al medesimo gruppo di lavoro, area di intervento;

<u>Obiettivi del progetto:</u> individuare gli obiettivi che si vogliono raggiungere;

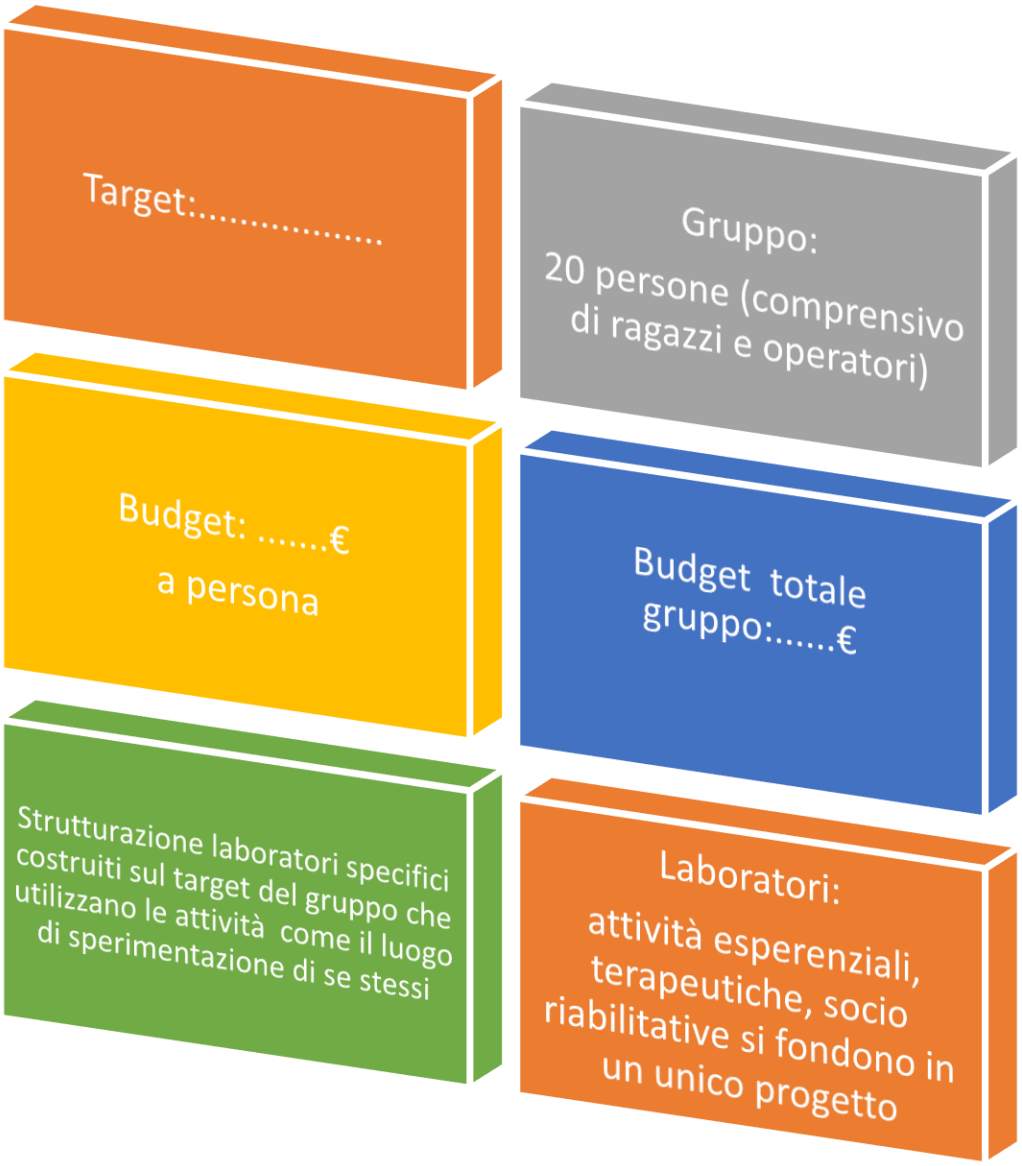
Attività : dividere le attività in Pre Durante e Post .

Fase preparatoria "PRE": prevedere una fase preparatoria al periodo residenziale (1-2 mesi) per lavorare sulla costruzione del gruppo, conoscenza, costruzione equipe prevedendo riunioni di programmazione, attività laboratoriali, sedute terapeutiche, attività gruppali.

Fase residenziale "DURANTE": (5-7 giorni) costituirà il cuore dell'attività intensiva che sarà costituita secondo lo schema di una giornata "tipo" con l'inserimento di attività terapeutiche e riabilitative e attività legate alla vita comune e al contesto/ attività scelta (sport, vita aria aperta, attività esperenziali)

Fase successiva al periodo residenziale (POST): (1-2 mesi) rielaborazione di quanto appreso, consolidare i risultati raggiunti, programmare attività per la restituzione alla rete familiare e sociale e formalizzare la chiusura del percorso.

Budget: previsione dei costi



4. Costruzione equipe di lavoro:

L'equipe di lavoro dovrà avere un tempo dedicato alla progettazione e verifica delle attività in ognuna delle tre fasi di lavoro(PRE – DURANTE-POST) il coordinamento e la costruzione dello spirito di collaborazione, di squadra multidisciplinare richiederà a ciascuno di lavorare fuori dalla propria linee di confort , i confini dati dalla professionalità diventano più sfumanti, entrano maggiormente in gioco le caratteristiche relazionali, la costruzione del gruppo di lavoro richiede di per se un "tempo lavoro" per la buon riuscita del progetto

! E' possibile prevedere nella costruzione del progetto il coinvolgimento di altri *patner* che possano co-progettare insieme all'equipe socio sanitaria , queste realtà posso fa capo a realtà del privato sociale, fondazioni, istituti scolastici, associazioni culturali, sportive, etc.

5. Attività Back office:

- Assicurazione operatori e utenti
- Modulistica di adesione per i partecipanti al progetto
- Scheda medica
- Valutazione del rischio ai sensi della normativa dlsg81/08
- Liberatoria privacy dati e immagini dei partecipanti
- Schede informazione lavoratori
- Responsabile trattamento dati esterno
- Attività di rendicontazione per ogni fase progettuale
- Gestione e rendicontazione dell'impegno di spesa

6. Personale impiegato:

Personale dipendente in servizio con competenze e attitudini professionali in linea con la metodologia di lavoro scelta che effettuerà il proprio orario di lavoro secondo il regolamento della "missione" .

Qualora sia prevista la collaborazione con altri enti prevedere i termini di collaborazione di personale aggiuntivo

Individuazione Capo progetto e vice: è fondamentale individuare il ruolo e funzioni di entrambe queste figure a garanzia del coordinamento delle attività e del gruppo di lavoro per la buona riuscita del progetto e della sua organizzazione.

7. Valutazione di impatto del progetto e ripetibilità.

E' necessario prevedere la somministrazione di test clinici o di altro strumenti che possano monitorare e valutare l'impatto del progetto stesso attraverso strumenti di ricerca adatti al contesto a alla tipologia di progettualità specifica e del target individuato (es. Focus group, questionari, osservazione, etc).

La scelta degli strumenti di monitoraggio e di ricerca saranno scelti dall'equipe in riferimento al target dei propri pazienti e agli obiettivi progettuali individuati.

Da tenere inoltre presente la necessità di un passaggio valutativo da parte del Comitato Etico (Task force Sperimentazione clinica) in riferimento alla trattazione di dati sensibili/clinici dei pazienti e alle eventuali ricadute decisionali di tipo diagnostico/terapeutico.

8. Comunicazione:

- Comunicato stampa;
- Rapporti con la stampa locale;
- Comunicazione siti istituzionale e canali social ASL Toscana Centro;
- Foto video raccolta materiale da poter restituire ai partecipanti e Servizi del territorio, evento formativo, mostra, eventi collegati (quali manifestazioni) impatto con la comunità, istituzioni locali.

! E' importante che venga costruita una**" linea del tempo"** di tutte le attività che vada dalla progettazione alla sua conclusione, la tempistica e il dettaglio delle attività è fondamentale trattandosi di attività che non fanno parte della ordinaria programmazione.

9. Consolidamento della sperimentazione e del nuovo modello di lavoro:

Affinché questo nuovo modello di lavoro possa diventare parte dell'organizzazione ordinaria dei Servizi sarebbe necessario che possa essere sperimentato e valutato su più cicli di annualità. In questo modo potremo verificarne correttamente l'efficacia, introdurre le necessarie modifiche e consolidarlo all'interno dell'organizzazione dei Servizi .

Abbiamo bisogno di scandire i tempi della sperimentazione per valorizzare correttamente lo sforzo organizzativo che chiediamo ai nostri operatori e persone coinvolte stabilendone un inizio ed una fine: sappiamo infatti che le sperimentazioni portano con se entusiasmo che può anche trasformarsi in fatica o frustrazione in corso d'opera.

Risulta altresì necessario definire i tempi e le modalità perché il nuovo modello di lavoro possa diventare strutturale ed integrato all'interno dell'organizzazione del Servizio stesso.

1°annulità 2023/2024

- candidatura e progettazione (sett/nov2023)
- progettazione condivisa Equipe SMA (genn2024-marzo)
- Progetto: Pre- Durante- Post (maggio-dicembre 2024)

2°annulità 2024/2025

- candidatura e progettazione (sett/nov 2024)
- progettazione condivisa Equipe SMA (genn2025-marzo)
- Progetto: Pre- Durante- Post (maggio-dicembre 2025)
- studio gruppo di controllo che ha partecipato al progetto nella 1°annualità

3°annulaità 2025/2026

- candidatura e progettazione (sett/nov 2025)
- progettazione condivisa Equipe SMA (genn2026-marzo)
- Progetto: Pre- Durante- Post (maggio-dicembre 2026)
- studio gruppo di controllo che ha partecipato al progetto nella 2°annualità

4 annulaità 2026/2027

- studio gruppo di controllo che ha partecipato al progetto nella 3°annualità

10. Allegati:

Allegato 1: fac simile scheda progetto

RAZIONALE	
NOME DEL PROGETTO	
TIPOLOGIA	
PERIODO DI SVOLGIMENTO	

OGGETTO DEL PROGETTO

FINALITA' GENERALI	
OBIETTIVI EDUCATIVI E TERAPEUTICO RIABILITATIVI	
ATTIVITA' PROPOSTE DURANTE LA FASE PRE e POST	
ATTIVITA' PROPOSTE DURANTE IL SOGGIORNO (DURANTE)	
RISULTATI ATTESI	
N° E TIPOLOGIA DI UTENTI	
CONSENSO UTENTE/FAMIGLIA	□ allegato
LIVELLO DI AUTONOMIA DEI PARTECIPANTI	_ assistenza diurna _assistenza notturna (solo personale infermieristico e/o oss)
GESTIONE FARMACI	□ assunzione in autonomia □ gestione supportata con consegna da parte degli operatori di riferimento per il soggiorno e relativa assunzione della terapia □ somministrazione secondo schema terapeutico da parte del personale infermieristico □ nessun bisogno

Dotazione minima di pronto soccorso (Cassetta)	Presente • SI • Altro …….
MEZZI: STRUMENTALI LOGISTICI, ORGANIZZATIVI	Mezzo di trasporto:
SOGGIORNO	Albergo □ mezza pensione □ pensione completa Altra struttura (specificare):

RISORSE UMANE

N° E QUALIFICA FIGURE COINVOLTE 10 a bordo Nave	
ORARIO DI SERVIZIO Specificare la programmazione oraria diurna e notturna	.
	.

BRIEFING obbligatorio pre soggiorno/attività	.

MONITORAGGIO, VALUTAZIONE E DOCUMENTAZIONE

OBIETTIVI DI VERIFICA e INDICATORI	
METODOLOGIE E STRUMENTI	
DOCUMENTAZIONE	

BUDGET

FAMIGLIA	
ASL Dipartimento…….	
Responsabile Progetto:	
Vice capo progetto:	

Allegato 2 : modulo adesione progetto dei partecipanti

DOMANDA ADESIONE

(da compilare dopo la riunione informativa con gli operatori ASL e .....)

Sottoscrivo/sottoscriviamo tale richiesta in qualità di *(compilare i soli campi relativi all'opzione scelta)*:

☐ **genitore 1 e genitore 2** (entrambi esercenti la responsabilità genitoriale)

Il/la sottoscritto/a _____

sesso M/F, nato/a a _____ ( ) il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____ n. _____

a _____ (….) CAP _____

e-mail _____ cell. _____

Il/la sottoscritto/a _____

sesso M/F, nato/a a _____ ( ) il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____ n. _____

a _____ (….) CAP _____

e-mail _____ cell. _____

☐ **unico genitore o tutore** (esercente la responsabilità genitoriale- indicare riferimenti atto di nomina)

Il/la sottoscritto/a _____

sesso M/F, nato/a a _____ ( ) il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____ n. _____

a _____ (….) CAP _____

e-mail _____ cell. _____

CHIEDE/CHIEDONO

L'adesione al progetto: (inserire titolo progetto) in qualità di partecipante

per il minore**:** _____

sesso M/F, nato/a a _____ ( ) il _____

codice Fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____ n. _____

_____ (….) CAP _____

_____ cell. _____

PREMESSO DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- questo progetto è proposta dalla ASL Toscana Centro in collaborazione con …… Iè parte integrante degli Interventi di prevenzione, diagnosi, cura di bambini e ragazzi con disturbi psichici, malattie neurologiche e psichiatriche della ASL Toscana Centro;
- Il progetto non ha costi per la famiglia del ragazzo ma i costi sono a carico della Azienda ASL Toscana Centro e ……..;
- Sono a carico dei familiari i costi di viaggio A/R.

DICHIARA/DICHIARANO DI

- impegnarsi a partecipare alle riunioni organizzate dagli operatori ASL al fine anche di conoscere le attività che verranno proposte;
- accettare quanto previsto;
- essere a conoscenza degli obiettivi del progetto;
- di essere a conoscenza che i minori saranno sotto la vigilanza degli operatori presenti sull'imbarcazione i quali saranno responsabili nei limiti dell'art. 2048 del Codice civile

ESSERE CONSAPEVOLE/CONSAPEVOLI CHE

1. Dette attività verranno attuate in conformità alla metodologia della presa in cura del servizio di Neuropsichiatria Infantile e del metodo nave Italia:, quali a titolo esemplificativo:
   - soggiorno di più giorni con pernottamento presso il veliero Nave Italia per descrizione e informazioni dettagliate visitare il sito (inserisci sito)
   - vita all'aria aperta in mare;
   - giochi di attività fisica;
   - coeducazione (attività vissute assieme tra ragazzi e ragazze);
   - utilizzo di attrezzature consone per sviluppare competenze manuali ed artigianali, a partire nello specifico attraverso:
     - attività di pionieristica, utilizzando ad esempio attrezzi taglienti e/o appuntiti;
     - attività svolte in ambienti naturali, quali bagno in mare con nave alla fonda ;
     - attività di cucina utilizzando anche pentolame e fuochi su cui cucinare anche a fiamma viva;
     - attività marinaresche(nodi, imbarco con nave in rada, imbarco con nave ormeggiata, navigazione cartografia, laboratorio riconoscimento stellare, salita alberi nave);
     - attività mensa e cucina, pulizia locali e stoviglie, distribuzione pasti;
     - varie ed eventuali attività programmate nel corso del soggiorno.

2. Alle suddette attività non è prevista la partecipazione degli esercenti la responsabilità genitoriale o di parenti;
3. Durante l'attività potranno essere effettuate riprese fotografiche o filmati, anche dagli altri ragazzi partecipanti al progetto, all'insaputa degli operatori presenti così che non sia nelle possibilità di quest'ultimi impedirne un'eventuale diffusione mediante qualsiasi mezzo digitale e no;
4. Durante lo svolgimento di alcune delle suddette attività potrebbe non essere possibile comunicare direttamente con il minore;

5. Sarà mia/nostra cura informarvi per eventuali problemi di salute e/o alimentari e/o esigenze particolari del minore, fornendovi per iscritto informazioni sulla relativa scheda medica allegata alla presente;
6. Ai ragazzi partecipanti al progetto ai sensi del D.Lgs 81/08 In occasione dell'imbarco verrà effettuato un safety briefing dove il personale militare informerà sulle procedure di sicurezza e di gestione delle emergenze e sui nominativi degli addetti incaricati.

DICHIARA/DICHIARANO

- che il minore parteciperà alle attività di cui sopra in piena consapevolezza e con piena fiducia nell'operato degli operatori ASL che vigileranno sulle attività organizzate a cui farò/faremo partecipare il minore, aderendo quindi integralmente alle iniziative del progetto e sopra indicate;
- di sollevare gli operatori ASL da ogni eventuale responsabilità riferite a possibili incidenti che dovessero occorrere al minore ,durante il normale ragionevole svolgimento delle attività del progetto descritte ai punti precedenti;
- di autorizzare espressamente gli operatori ASL, qualora ne sopravvenga l'esigenza durante le attività e secondo il loro giudizio, a portare il minore presso il più vicino centro di guardia medica o Pronto Soccorso affinché venga affidato alle cure mediche.

Data _____ Luogo _____

In fede

_____ (_____)

(firma) *(ruolo)*

_____ (_____)

(firma) *(ruolo)*

Compilare e firmare dagli esercenti la responsabilità genitoriale indicando tra parentesi il ruolo, anche in caso di separazione/divorzio (art. 155 C.C., modificato dalla legge 08.02.2006, n. 54),

LIBERATORIA RELATIVA ALLA TUTELA DELLA PRIVACY ED ALLA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI E VIDEO

- Concedo all'Azienda ASL Toscana centro, l'autorizzazione alla pubblicazione a scopo tecnico scientifico, formativo e divulgativo con ogni mezzo tecnico o cartaceo di materiale fotografico e video riferiti al minore nell'ambito dell'attività a bordo di Nave Italia. Prendo atto della registrazione nei motori di ricerca del sito e della possibilità che le immagini/video vengano rese pubbliche via web, social network, video divulgativi, stampa e TV e compaiano nelle pagine web di enti o associazioni correlate alla ASL Toscana Centro.

  SI □ NO □
- Autorizzo l'azienda ASL all'archiviazione dei dati personali del minore per le necessità inerenti il Progetto, che accetto come conformi alle esigenze di privacy e alla normativa vigente. Autorizzo, per scopi di ricerca e di divulgazione scientifica, modifiche delle immagini fornite col mio pieno consenso alla pubblicazione.

  SI □ NO □
- Sollevo il personale dell'Azienda ASL Toscana Centro da ogni incombenza economica e da ogni responsabilità inerente un uso scorretto da parte di terzi e degli altri partecipanti al progetto di immagini rese pubbliche. Con la presente liberatoria, il personale della ASL viene svincolato da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente i danni patrimoniali o di immagine.

- Autorizzo, ai sensi dell'articolo 13 del del D. lgs. 196/2003 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del regolamento (UE) 2016/679, il trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate. I dati acquisiti, con riferimento ai rapporti instaurati, saranno trattati dal personale della ASL nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata.

  SI □ NO □

Data _____ Luogo _____

In fede

_____ (_____)

(firma) *(ruolo)*

_____ (_____)

(firma) *(ruolo)*

Compilare e firmare dagli esercenti la responsabilità genitoriale indicando tra parentesi il ruolo, anche in caso di separazione/divorzio (art. 155 C.C., modificato dalla legge 08.02.2006, n. 54

Allegati:

- scheda medica
- - piano terapeutico

Dichiaro di aver ricevuto la documentazione:

- Giornata tipo
- Cosa portare

In fede

_____ (_____)

(firma) *(ruolo)*

_____ (_____)

(firma) *(ruolo)*

Allegato 3: modulo certificato medico

SCHEDA MEDICA

Sottoscrivo/sottoscriviamo tale richiesta in qualità di (compilare i soli campi relativi all'opzione scelta):

☐ genitore 1 e genitore 2 (entrambi esercenti la responsabilità genitoriale)

Il/la sottoscritto/a
sesso M/F, nato/a a ( ) il
codice fiscale
residente in Via/Viale/Piazza/Strada n.
a (….) CAP
e-mail cell.

Il/la sottoscritto/a
sesso M/F, nato/a a ( ) il
codice fiscale
residente in Via/Viale/Piazza/Strada n.
a (….) CAP
e-mail cell.

☐ unico genitore o tutore (esercente la responsabilità genitoriale- indicare riferimenti atto di nomina)

Il/la sottoscritto/a
sesso M/F, nato/a a ( ) il
codice fiscale
residente in Via/Viale/Piazza/Strada n.
a (….) CAP
e-mail cell.

STORIA CLINICA

Soffre o ha sofferto di patologie gravi in passato delle quali debba essere a conoscenza la staff per la sicurezza del ragazzo? Quali malattie ha avuto? Quando?

_____
_____

È portatore di patologie croniche per le quali gli operatori debbano tenere una adeguata profilassi e/o che comportano un abitudinario uso di farmaco? Se, quali? Quali farmaci?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

FARMACI
In presenza di febbre quale antipiretico usa?
_____
_____
Occasionalmente, per il mal di testa, quali farmaci usa?
_____
_____
Se la bambina ha le mestruazioni, quali farmaci eventualmente usa per alleviare i dolori?
_____
___

VACCINAZIONI

E' in regola con la vaccinazione antitetanica? _____
Data ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica _____

ALLERGIE

Soffre di allergie alimentari?
SI NO (specificare) _____
Elencare gli alimenti che NON deve ingerire a causa della allergia alimentare
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Soffre di allergie ambientali (pollini)?
SI NO (specificare) _____
Ha mai presentato sintomi di allergia in occasione di profilassi con sieri? Antitetanico?
SI NO (specificare) _____
Soffre di allergie da punture di insetti?
SI NO (specificare) _____
Soffre di allergie ad altro?
SI NO (specificare) _____

DICHIARAZIONI

Per la compilazione della scheda medica è stato interpellato il medico curante?
(barrare la risposta)
☐ SI
☐ NO

Io sottoscritto , in qualità di genitore / esercitante della potestà genitoriale di
_____
dichiaro di aver compilato la suddetta scheda medica e mi assumo piena responsabilità di quanto dichiarato.

MI IMPEGNO:
Ad indicare, nel caso il bambino/a o il ragazzo/a debba seguire una particolare dieta, gli alimenti da evitare assolutamente;
Ad allegare (se necessario), nel caso che il bambino/a o il ragazzo/a sia affetto da patologie o particolari reazioni allergiche, la terapia medica del Pediatra/Medico curante completa di: nome/i del/i farmaco/i, modalità ed orario di somministrazione, posologia ed eventuali indicazioni particolari sulla conservazione e a fornire tali medicinali alla partenza in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del bambino/a o del ragazzo/a.

AUTORIZZO:
Gli operatori ASL se necessario, a somministrare farmaci precedentemente indicati;
In caso di eventi gravi (tali da mettere in pericolo la vita e/o lo stato di salute) e che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere, anche chirurgiche, indipendentemente dalla tempestiva comunicazione ai famigliari reperibili che sarà sempre tentata, mi rimetto, finché assente, alle decisioni degli operatori e dell'equipe medica di assistenza;
In caso di necessità, l'equipe medica a effettuare esami strumentali diagnostici radiologici (Rx) ed ultrasonografici (ecografia).

Data Luogo
In fede
( )
(firma) (ruolo)
( )
(firma) (ruolo)
Compilare e firmare dagli esercenti la responsabilità genitoriale indicando tra parentesi il ruolo, anche in caso di separazione/divorzio (art. 155 C.C., modificato dalla legge 08.02.2006, n. 54),

Allegato 4: Liberatoria somministrazione farmaci

LIBERATORIA SOMMINISTRAZIONE FARMACI
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare dopo la riunione informativa con gli operatori ASL)

Sottoscrivo/sottoscriviamo tale richiesta in qualità di *(compilare i soli campi relativi all'opzione scelta)*:

☐ **genitore 1 e genitore 2** (entrambi esercenti la responsabilità genitoriale)

Il/la sottoscritto/a _____

sesso M/F, nato/a a _____ ( ) il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____ n. _____

a _____ (….) CAP _____

e-mail _____ cell. _____

Il/la sottoscritto/a _____

sesso M/F, nato/a a _____ ( ) il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____ n. _____

a _____ (….) CAP _____

e-mail _____ cell. _____

☐ **unico genitore o tutore** (esercente la responsabilità genitoriale- indicare riferimenti atto di nomina)

Il/la sottoscritto/a _____

sesso M/F, nato/a a _____ ( ) il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____ n. _____

a _____ (….) CAP _____

e-mail _____ cell. _____

CHIEDE/CHIEDONO

□ La preparazione e la somministrazione al proprio/a figlio/a della terapia farmacologica da parte del personale sanitario dell'ASL Toscana Centro a bordo della nave come da prescrizione rilasciata dal medico neuropsichiatra infantile di riferimento, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica.

INDICARE FARMACO, POSOLOGIA e ORARI DI ASSUNZIONE secondo la prescrizione medica:

1._____

2._____

3._____

4._____

5._____

ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO

□ La prescrizione da parte del personale medico della ASL Toscana Centro presente a bordo della nave di eventuale ulteriore e/o diversa terapia farmacologica nel caso eccezionale di episodi di emergenze comportamentali, agitazione psicomotoria, elevato stato d'ansia, episodi di auto-eteroaggressività. e la conseguente somministrazione della stessa al proprio/a figlio/a da parte del personale sanitario dell'ASL Toscana Centro presente a bordo nave, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica.
Il Medico a bordo registrerà nella Scheda Terapeutica Unica (STU) il farmaco, la posologia e l'indicazione terapeutica al fine di consentire la somministrazione da parte dell'infermiere a bordo.

□ La valutazione da parte del personale medico della ASL Toscana Centro presente a bordo della nave e la conseguente somministrazione al proprio/a figlio/a di terapia anticipata da parte del personale sanitario ASL Toscana Centro presente a bordo (somministrazione della terapia regolarmente prescritta dal medico neuropsichiatra infantile di riferimento ma ad orario anticipato) nel caso eccezionale di episodi di agitazione psicomotoria, emergenze comportamentali, elevato stato d'ansia, episodi di auto-eteroaggressività, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica.

□ la somministrazione della terapia da parte del personale sanitario Asl Toscana Centro presente a bordo nave eccezionalmente ad orari posticipati a quello stabilito nel piano terapeutico, (somministrazione della terapia regolarmente prescritta dal medico neuropsichiatra infantile di riferimento ma ad orario posticipato) qualora si verificassero eventi eccezionali e non prevedibili che non ci consentano il puntuale rispetto degli orari, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica.

PROVVEDO/PROVVEDIAMO

□ A fornire il/i farmaco/i, tenendo conto della data di scadenza, contrassegnanti chiaramente con il nome e cognome del proprio figlio/a agli operatori sanitari della ASL Toscana Centro a bordo della nave che durante la fase di navigazione provvederanno alla preparazione e alla somministrazione del/dei farmaco/i.

COMUNICO/COMUNICHIAMO

□ che il proprio/a figlio/a non è affetto/a da allergie e/o intolleranze a farmaci;

□ che il proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione (specificare):

_____

Data _____ Luogo _____

In fede

_____ (_____)

(firma) *(ruolo)*

_____ (_____)

(firma) *(ruolo)*

Compilare e firmare dagli esercenti la responsabilità genitoriale indicando tra parentesi il ruolo, anche in caso di separazione/divorzio (art. 155 C.C., modificato dalla legge 08.02.2006, n. 54),