

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ____/____/____

Alla Famiglia dell'alunno/a

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti della classe sezione

Al Fascicolo personale dell'alunno/ suddetto

Alla Azienda USL

Oggetto: *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a.....*

I sottoscritti Dirigente scolastico e il medico dell'ASL dott., riunitisi il giorno..... alla presenza dei signori, in qualità di • genitori •tutori dell'alunno/a, iscritto/a alla classe sez... dell'IC Rocca di Neto, Plesso;e del Sig./Sig.ra in qualità di soggetto individuato per la sorveglianza/somministrazione del farmaco;

VISTA

la richiesta di somministrazione del farmaco con autorizzazione presentata dai genitori/tutori;

VISTA

la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. dal Dott. in data/...../....., nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco da parte di

personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

VISTA

la tipologia di farmaco

☐ salvavita

☐ indispensabile

CONSTATATA

la presenza di personale scolastico disponibile a

- somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a
- assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco

secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

VISTI

gli attestati di formazione del personale individuato per la vigilanza/somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

DISPONGONO

- Che il farmaco venga consegnato dal genitore/tutore al Dirigente Scolastico;
- che venga individuato un idoneo locale per la conservazione del farmaco (Allegato 4) e che il farmaco venga conservato secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico (Allegato 2);
- che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore/tutore che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- che vengano assunte tutte le idonee iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a
- Che il farmaco possa essere

- somministrato dalle persone indicate nell'Allegato 7
- autosomministrato dall'alunna/o sotto la sorveglianza del personale scolastico di cui all'Allegato 3
- somministrato in orario scolastico dal personale scolastico di cui all'Allegato 3 , resosi volontariamente disponibile.

Il Dirigente Scolastico

Il medico

.....

.....

Firma: _____

Firma: _____

I sottoscritti genitori/tutore _____,

_____ ,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dal medico dell'ASL con la presente esprimono il consenso alla somministrazione del farmaco secondo quanto sopra indicato e si impegnano a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile al Dirigente Scolastico.

Data ____/____/____

Firma dei genitori/tutori

(1) _____

(2) _____