

# PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Alla Famiglia dell'alunno/a** \_\_\_\_\_

**Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto**

**Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco**

**Agli Insegnanti della classe** \_\_\_\_\_

**Alla Azienda ASL** \_\_\_\_\_

**Al Medico Competente della scuola dott.ssa Cacciola Anna**

**All'RSPP della scuola Arch. Marco Tilaro**

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

I sottoscritti Dirigente scolastico dell'I.C. "Giovanni Blandini" di Palagonia Prof. Antonino Fabio Marco Laudani e il Referente per l'Azienda ASL.....dott. ...., oppure pediatra di libera scelta / medico di medicina generale .....dott. ....,

**Vista** la richiesta del.....prot.....di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a....., iscritto/a alla classe ..... sez... ..... dell'Istituto ....., plesso ....., sito in via ....., località .....

**Vista** la certificazione medica del.....prot.....con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. .... oppure pediatra di libera scelta / medico di medicina generale .....dott. ...., nella quale si attesta la l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico del farmaco (nome commerciale) ..... 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 (oppure: ad 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 somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante (ove necessari ovvero ove il piano terapeutico richiede la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL;

**DISPONGONO**

- ✓ che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_;
- ✓ che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: \_\_\_\_\_;
- ✓ che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- ✓ che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): \_\_\_\_\_;
- ✓ che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato (ove previsto dal piano terapeutico) individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico  
*Prof. Antonino Fabio Marco Laudani*

L' Azienda ASL \_\_\_\_\_  
 Dott. ....

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL \_\_\_\_\_

con la presente:

- esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;
- si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_