

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

Alla Famiglia dell'alunno/a _____
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco
Agli Insegnanti della classe ____ sezione ____
Al Fascicolo personale dell'alunno/a
E p. c. alla Azienda USL _____

Oggetto: *PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO PER LA SOMMINISTRAZIONE / AUTO SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I IN ORARIO SCOLASTICO – ALUNNO/A*
- a. s. 2022 - 2023

IL DIRIGENTE

VISTA la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a
Iscritto/a alla sezione/classe del III C. D. "Cotugno" di Andria (BT) – plesso

LETTA la certificazione medica con Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. / dal PLS..... in data .../.../....., nella quale per la dichiarata assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico, si attesta la somministrazione 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;

CONSIDERATA la tipologia di farmaco

- salvavita
 indispensabile (*Barrare una delle due voci*)

CONSTATATA la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/alla predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella auto somministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel *Piano Terapeutico* allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

PRESO ATTO degli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

OPPURE (*Barrare una delle due voci*)

PRESO ATTO che la somministrazione può essere erogata da personale adulto non sanitario, configurandosi come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione;

DISPONE

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale all'incaricato, con redazione dello specifico verbale di cui all'Allegato, n. 1, da unire al presente P.I.P., per ogni singola consegna;

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 esclusiva 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: utilizzo del solo protocollo riservato – comunicazioni ai soli interessati interni all'istituzione scolastica – compilazione dell'allegato 1 e allegato 2 solo in modalità cartacea – archiviazione disposta nel fascicolo dell'alunno, disposto nella cassaforte della scuola, accessibile solo al Dirigente e funzionario interno;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, individuato dal Dirigente:

- Nome Cognome

Il quale riceverà nomina specifica e, necessitando, formazione specifica con specifica richiesta inoltrata all'ente ASLBT in indirizzo.

Andria, _____

IL DIRIGENTE

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale, _____, lette e comprese le determinazioni assunte dal Dirigente e comunicate all'ASLBAT, 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, avendo cura di considerare preventivamente e per tempo, nonché sotto la sua personale responsabilità, i tempi del suo eventuale esaurimento, nei seguenti orari _____.

Data ___ / ___ / _____

Firma del genitore
o dell'esercente la potestà genitoriale
