**Allegato 4**

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO “PIP”

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

Alla Famiglia dello studente/essa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti/Docenti della classe \_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_

Al Fascicolo personale dell’alunno/a suddetto

Alla ASP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato “PIP” per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico allo studente/essa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I sottoscritti:

DS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Servizio di pediatria dell’ASP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* medico pediatra di libera scelta Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* medico di medicina generale Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la richiesta di somministrazione farmaci con autorizzazione presentata dal Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che frequenta la classe \_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_\_ del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata in data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ dal:

* Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Servizio di pediatria dell’ASP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* medico pediatra di libera scelta Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* medico di medicina generale Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella quale si attesta l’assoluta necessità, in orario scolastico, di somministrazione il farmaco (nome commerciale/principio attivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 (barrare la voce che corrisponde):

* salvavita (oppure)
* indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a:

* somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a studente/essa;
* ad assistere lo studente/essa nella autosomministrazione del farmaco;

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

Visti gli attestati/atti di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall’ASP/formazione ricevuta in materia, che sono parte integranti del presente documento;

## DISPONGONO

* Che il farmaco venga consegnato dal Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa al responsabile incaricato Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale/luogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del ❑ Genitore dello/a ❑ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, 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, individuato dal Dirigente Scolastico:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME e NOME  | Qualifica/Attività  | FIRMA (leggibile) del personale scolastico  | Note  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Firma

 Il Dirigente Scolastico Per l’ASP Il Medico/Pediatra

 Prof.ssa Giulia D’Urso Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che frequenta la classe \_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_\_ del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Viste le determinazioni assunte dal DS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e dal

* + Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Servizio di pediatria dell’ASP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ medico pediatra di libera scelta Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ medico di medicina generale Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del genitore o dell’esercente la potestà genitoriale

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_