*Allegato 3*

PIANO PERSONALIZZATO D’INTERVENTO

(art. 5 e 6 Protocollo d’intesa per la somministrazione dei farmaci a scuola

Prot. Giunta Regionale del 22-9-2020)

Alla famiglia dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

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

della Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Fascicolo personale dell’alunno/a

Al medico curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Piano Personalizzato di Intervento per la somministrazione del farmaco in caso di emergenza

in orario scolastico

I sottoscritti, Dirigente scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e Medico di Medicina Generale, responsabile clinico del/la minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dr./dr.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

► Vista la richiesta di somministrazione farmaco da parte di personale scolastico presentata dai genitori dell’alunno/a;

► Vista la certificazione medica e il Piano Terapeutico Individuale rilasciata dal Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella quale, per l’assoluta esigenza della somministrazione in orario scolastico in caso di necessità, 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;

► Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

□ salvavita

(oppure)

□ indispensabile

► Constatata la presenza di personale scolastico disponibile, ciascuno nel proprio orario di servizio, a somministrare il farmaco in caso di necessità, secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico Individuale

► Visto l’incontro formativo sul caso specifico effettuato dal personale individuato per la somministrazione ad opera della referente del Centro Salute /medico curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISPONGONO

► Che il farmaco venga consegnato dal genitore al personale scolastico, nella persona di

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

(ruolo all’interno della Scuola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), e riposto nell’apposita cassettina di primo soccorso, con somministrazione da parte del personale scolastico che ha dato adesione;

► che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico

allegato, nel seguente locale e collocazione specifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

► che il farmaco venga sostituito alla scadenza a cura del genitore 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’alunna (specificare

il locale dove verrà effettuata la somministrazione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

► Che il farmaco possa essere somministrato, in caso di necessità, dal seguente personale scolastico, resosi disponibile per la somministrazione:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Tipo di personale | Firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il Dirigente Scolastico Il Medico di Medicina Generale (MMG)

(Firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I sottoscritti genitori \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dal Medico curante, con la

presente:

□ esprimono il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico in caso di necessità secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano Personalizzato di Intervento

□ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all’incaricato sopra indicato

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

Firma dei genitori\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\* ***nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore esercitante la potestà genitoriale.***