

**Circolare Somministrazione farmaci**  
**Allegato 6**  
**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)**

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

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

Al Personale ATA individuato per la somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_

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

Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Alla Azienda USL \_\_\_\_ ovvero al medico di famiglia dott./ssa \_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto Dirigente scolastico Salvatore Di Bella, in accordo con il Referente per l'Azienda USL ..... dott. ....ovvero con il medico di famiglia dott./ssa ..... e con i genitori dell'alunn....

- Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a ....., iscritto/a alla classe ..... sez. .... dell'Istituto ....., plesso ....., città .....
- Vista la certificazione medica con attestazione della patologia del minore 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 fattibilità della 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 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;
- Constatata la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;
- Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;
- Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

**DISPONE**

- che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) 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 (oppure: dell'alunno/a), 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
  - l'informazione sull'assunzione del farmaco venga comunicata agli studenti con il consenso della famiglia
  - la somministrazione o l'autosomministrazione si terrà nel locale \_\_\_\_\_
  - (altro) \_\_\_\_\_
- 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	TIPO DI PERSONALE	FIRMA DEL PERSONALE	DATA DELL'ATTESTATO DI FORMAZIONE RILASCIATO DALL'ASL

- che in caso di necessità l'ordine di priorità delle seguenti operazioni è il seguente:  
 manovra di soccorso                       chiamata al 118                       chiamata alla famiglia

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda USL \_\_\_\_ / Il medico di famiglia

Prof. ....

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.

Luogo e data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
 .....

In caso di sottoscrizione da parte di un solo genitore/tutore

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del richiedente

.....