

## All'attenzione del medico curante

### Il Piano Terapeutico

per gli alunni affetti da patologie croniche

che necessitano della somministrazione di farmaci di primo soccorso a scuola

Il piano terapeutico è una certificazione medica **leggibile e semplice** che, oltre alla diagnosi, descriva soprattutto -in poche righe e con una terminologia "non scientifica"- **in presenza di quali sintomi intervenire**, il farmaco da utilizzare, come utilizzarlo e i tempi dell'intervento e, nel caso di due o più farmaci, la "scaletta" (l'ordine di assunzione) e la tempistica, **così da poter essere letto e compreso da personale non sanitario**.

il Piano Terapeutico non è un'autorizzazione ma è la valutazione medica che -scritta- permette a personale non sanitario come il personale scolastico ma come anche i familiari, di esserne meri esecutori materiali, evitando valutazioni soggettive

il Piano terapeutico deve contenere i farmaci che l'alunno potrebbe aver bisogno di assumere durante l'orario scolastico per patologie croniche e per interventi di emergenza (come glucagone nel diabete, adrenalina, antistaminici, cortisonici e broncodilatatori nelle varie forme di allergia o di asma, diazepam nelle sindromi epilettiche), farmaci che somministrati tempestivamente potrebbero, se non risolvere, attenuare almeno la gravità della crisi e permettere così (sentiti i genitori e/o con i genitori) di arrivare in un Pronto Soccorso Ospedaliero

Al Dirigente Scolastico della scuola

**OGGETTO : Richiesta attivazione percorso assistenziale integrato a scuola**

I sottoscritti:

Sig.ra ..... nata a ..... il .....  
e Sig. .... nato a ..... il .....  
residenti a ..... via .....  
genitori dell'alunno/a ..... nato il ..... a .....  
frequentante per l'anno scolastico ..... la scuola .....  
classe ....., sez. ...., sita in Roma, via ..... recapito telefonico

....., appartenente al Municipio n....., chiedono di attivare il percorso assistenziale integrato per il loro figlio/a presso la struttura scolastica.

In particolare, vista la patologia dell'alunno sopraindicato e constatata l'assoluta necessità, richiedono ed autorizzano il Capo d'Istituto o Suo delegato, sollevandoli da responsabilità civili e penali, in relazione ad eventi avversi, alla somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione / certificazione allegata.

A tal fine rilasciano i recapiti telefonici utili per qualsivoglia comunicazione :

madre....., padre.....

Medico di base Dr.....; tel.....

Si allega Piano Terapeutico della struttura specialistica .....

Informati sui diritti e sui limiti di cui al d.l. 30.06.03 n. 196 'Codice in materia di protezione dei dati personali', esprimono il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del minore di cui sono legali rappresentanti, ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse o per ricerche scientifiche.

Roma.....

In fede  
I genitori

# PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE

N.B. da consegnare all'inizio del percorso assistenziale ed ogni qual volta dovessero intervenire modifiche.

Si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati all'alunno/a:

Cognome ..... Nome.....

Luogo e data di nascita .....

DIAGNOSI.....

SINTOMI che richiedono la somministrazione del farmaco.....

Nome del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

la somministrazione dei farmaci prescritti non necessita di competenze sanitarie specifiche

**Timbro e Firma del Medico Curante**

**Data .....**