Progetto di accoglienza individualizzato (PAI)

destinato ad allievi con bisogni sanitari specifici durante l'orario scolastico

Procedimento per la stesura del PAI

Quando il rappresentante legale dell'allievo, o l'allievo stesso se maggiorenne, richiede che durante l'orario scolastico siano eseguite misure sanitarie da parte della scuola:

1. la scuola consegna il PAI in modo da poter ricevere indicazioni chiare e certificate da un medico **sull'assoluta necessità** di misure sanitarie durante l'orario scolastico
2. il rappresentante legale o l'allievo maggiorenne compila le pagine 2 e 3
3. il medico dell'allievo compila di suo pugno gli allegati necessari
4. il rappresentante legale o l'allievo maggiorenne riconsegna il PAI correttamente compilato alla scuola
5. la scuola compila la pagina 3 per quanto di sua competenza, la pagina 8 e verifica che il resto del PAI sia correttamente compilato
6. la scuola invia il PAI al medico scolastico designato per la sede
7. il medico scolastico procede alla valutazione del PAI ed emette la sua decisione in merito
8. il medico scolastico trasmette il PAI all'indirizzo del direttore
9. la scuola informa il rappresentante legale o l'allievo maggiorenne della decisione

Se necessario saranno stabiliti incontri di consulenza, chiarimento e istruzione tra le parti coinvolte.

Progetto di accoglienza individualizzato

destinato ad allievi con bisogni sanitari specifici durante l'orario scolastico

Documento confidenziale
Le informazioni contenute sono protette dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio. Esse sono condivise con le persone della sede scolastica che per funzione sono a contatto con l'allievo/a.
Il documento può essere compilato direttamente dall'allievo qualora maggiorenne e capace di discernimento ai sensi della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria).

Per l'allievo/a: (nome e cognome) .....

nato/a il ..... che frequenta la classe .....

della scuola .....

affetto/a da .....

è **assolutamente necessario durante l'orario scolastico** applicare il seguente provvedimento sanitario:

O somministrazione di farmaci (ALLEGATO A)

O misurazione di parametri sanitari (ALLEGATO B)

O misure d'urgenza (ALLEGATO C)

O dieta specifica (ALLEGATO D)

come prescritto di suo pugno dal medico, dr/drssa: .....

Si precisa che l'esecuzione dei provvedimenti sanitari è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DELLA LEGGE FEDERALE SULLA PROTEZIONE DATI (LPD). SECONDO LA LPD SONO CONSIDERATI DATI SENSIBILI I DATI DEGNI DI PARTICOLARE PROTEZIONE CHE CONCERNONO LO STATO DI SALUTE DELL'ALLIEVO/A.

Luogo e data.....

Firma del rappresentante legale o dell'allievo maggiorenne.....

Persone di riferimento per il progetto di accoglienza

DA COMPILARE DAL RAPPRESENTANTE LEGALE O DALL'ALLIEVO MAGGIORENNE

Persone di riferimento per l'allievo/a

	Madre	Padre	Altra persona (specificare): .....
Nome			
Cognome			
Indirizzo			
Località			
Telefono cellulare			
Telefono privato			
Telefono professionale			

Numeri telefonici in caso di urgenza (in ordine di priorità, specificando a chi appartiene il numero):

1) .....
2) .....
3) .....

Referenti sanitari

	Medico dell'allievo	Altra persona (specificare): .....
Nome		
Cognome		
Indirizzo		
Località		
Telefono studio		
Altro recapito tel.		

DA COMPILARE DALLA SCUOLA

Referenti scolastici

	Direzione	Docente di classe	Altra persona (specificare): .....
Nome			
Cognome			
Indirizzo			
Località			
Telefono			
Altro recapito tel.			

ALLEGATO A – Somministrazione di farmaci

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DELL'ALLIEVO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta del rappresentante legale o dell'allievo maggiorenne e **constatata l'assoluta necessità**

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALLIEVO/A

cognome ..... nome.....

data di nascita .....

1. nome del farmaco ..... dosaggio .....

orario ..... modalità di somministrazione .....

dal ..... al .....

2. nome del farmaco ..... dosaggio .....

orario ..... modalità di somministrazione .....

dal ..... al .....

3. nome del farmaco ..... dosaggio .....

orario ..... modalità di somministrazione .....

dal ..... al .....

4. nome del farmaco ..... dosaggio .....

orario ..... modalità di somministrazione .....

dal ..... al .....

Note .....

.....

.....

Medico dell'allievo:

Luogo, data ..... Timbro e firma: .....

ALLEGATO B – Misurazione di parametri sanitari

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DELL'ALLIEVO PER LA MISURAZIONE DI PARAMETRI SANITARI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta del rappresentante legale o dell'allievo maggiorenne e **constatata l'assoluta necessità**

SI PRESCRIVE

LA MISURAZIONE DEI SEGUENTI PARAMETRI SANITARI ALL'ALLIEVO/A

cognome ..... nome.....

data di nascita .....

Parametri da misurare:

.....

.....

Orari di misurazione: .....

.....

Modalità: .....

.....

.....

.....

Ev. misure da attuare sulla base del risultato: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Medico dell'allievo:

Luogo, data: ..... Timbro e firma: .....

ALLEGATO C – Misure in caso di urgenza

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DELL'ALLIEVO DELLE MISURE DA PRENDERE IN CASO DI URGENZA

Vista la richiesta del rappresentante legale o dell'allievo maggiorenne e **constatata l'assoluta necessità**

SI PRESCRIVE

L'APPLICAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DELLE MISURE SOTTOINDICATE ALL'ALLIEVO/A

cognome ..... nome.....

data di nascita .....

Situazione d'urgenza possibile:

.....

.....

.....

Segni d'allarme:

.....

.....

.....

.....

Misure da prendere:

.....

.....

.....

IN CASO DI URGENZA CHIAMARE IL 144

Persone da contattare al telefono (in ordine di priorità, specificando a chi appartiene il numero):

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

Medico dell'allievo:

Luogo, data: ..... Timbro e firma: .....

ALLEGATO D – Prescrizione di dieta

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DELL'ALLIEVO PER LA DIETA IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta del rappresentante legale o dell'allievo maggiorenne e **constatata l'assoluta necessità**

SI PRESCRIVE

LA DIETA SOTTOINDICATA ALL'ALLIEVO/A

cognome ..... nome.....

data di nascita .....

Descrizione della dieta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Medico dell'allievo:

Luogo, data: ..... Timbro e firma: .....

Attuazione del PAI

Scuola

Il personale della scuola chiamato a intervenire per l'attuazione del presente PAI ha ricevuto tutte le informazioni e le istruzioni adeguate per eseguire quanto prescritto ☐ Sì ☐ No

È richiesta una consulenza/discussione con il medico scolastico ☐ Sì ☐ No

È richiesto un incontro tra scuola e medico scolastico ☐ Sì ☐ No

È richiesto un incontro congiunto tra scuola, famiglia e medico scolastico ☐ Sì ☐ No

Osservazioni: .....

.....

.....

.....

.....

	Data	Nome/Cognome	Firma
Docente			
Altro personale			
Direzione			

Medico scolastico

Sulla base di quanto presentato ho valutato il PAI che:

☐ deve essere applicato così come proposto
☐ richiede approfondimento (vedere osservazioni)
☐ richiede diversa applicazione (vedere osservazioni)
☐ non deve essere applicato

Osservazioni: .....

.....

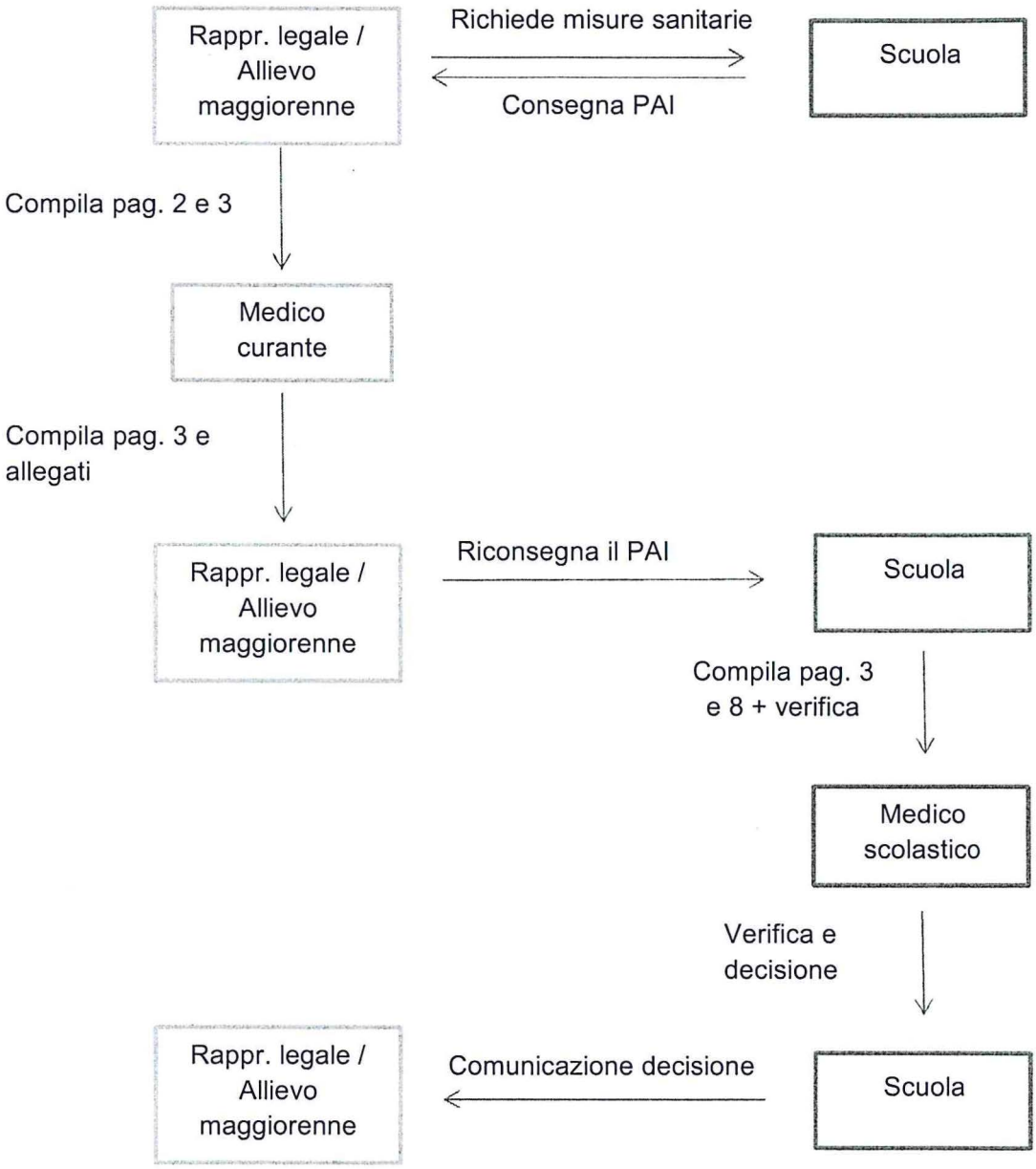
.....

.....

.....

.....

Data: ..... Timbro e firma:..... .....

Osservazioni/Avvenimenti degni di nota

Procedura per la stesura del Progetto di accoglienza (PAI)