



## ISTITUTO COMPRENSIVO "G. BORSI"

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado di **Castagneto Carducci**  
**57022 Donoratico (LI)** - Via Matteotti,4 - Tel. 0565/775016 Fax 0565/774345  
e.mail [LIIC80800C@istruzione.it](mailto:LIIC80800C@istruzione.it) - [LIIC80800C@pec.istruzione.it](mailto:LIIC80800C@pec.istruzione.it)  
C.F. 80006560496 - C.M. LIIC80800C



CIRC. 23  
settembre 2019

Donoratico, 18

Al personale docente  
Ai genitori  
Dell'Istituto Comprensivo "G. Borsi"

### **Oggetto:** Modulistica somministrazione farmaci a scuola

Si trasmette l'Intesa tra Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici sulle certificazioni mediche in ambiente scolastico valida anche per il corrente anno scolastico. L'intesa è stata sottoscritta per uniformare la linea di intervento in materia di certificazioni mediche, che possono essere richieste dagli Organi Scolastici, al fine di rendere uniforme la modulistica da utilizzare per la somministrazione dei Farmaci a scuola, sul territorio regionale della Toscana, in applicazione della D.G.R.T. n.653/2015.

Si allega alla presente la documentazione esplicativa e la modulistica per:

1. La **somministrazione di farmaci** salvavita/indispensabili a scuola;
2. La definizione dell'**elenco di certificazioni** che non hanno necessità di essere richieste;
3. La **riammissione alla frequenza** dopo l'assenza per malattia superiore a 5 giorni;
4. La **riammissione in caso di trattamento** con medicazioni/suture e apparecchi gessati;

I modelli di certificazione/dichiarazione/istanze **inseriti nell'accordo sono** allegati alla presente comunicazione. I genitori di TUTTE le classi avranno cura di far pervenire la documentazione necessaria relativamente alla somministrazione di farmaci **entro il 25/9/2019** al fine di consentire la programmazione di interventi formativi rivolti al personale della scuola e l'organizzazione del servizio richiesto.

### **IL Dirigente Scolastico**

Dr.ssa Michela Soldi

firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3, comma 2, D.Lgs. 39/1993



## PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome ..... Nome .....

**A) Nome commerciale del farmaco indispensabile** .....

**A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:**

- Orario e dose da somministrare
  - o Mattina (h. ....) dose da somministrare .....
  - o Pasto (prima, dopo) ..... dose .....
  - o Pomeriggio (h. ....) dose .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:**

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):  
.....  
.....
- Dose da somministrare .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**(Oppure)**

**B) Nome commerciale del farmaco salvavita** .....

Modalità di somministrazione del farmaco .....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):  
.....
- Dose da somministrare  
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco  
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL  
.....

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/** Allegato 2  
**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

Genitore dello studente/essa ....., (oppure)  Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure)  Studente/essa maggiorenne nato/a a..... il ...../...../..... e residente a ..... in Via ....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto ..... sito in Via ..... Cap .....

Località ..... Provincia .....

consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,  
 in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ..... /dal Dott. ...., in data ...../...../.....;

**CHIEDO**

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono:	famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, 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.

In fede,

Luogo

Data

(1) Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).



## VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in  
oggetto Al genitore dell'alunno/all'alunno

**Oggetto:** Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare  
all'alunno/a \_\_\_\_\_

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_,  
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

(oppure)  esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_,  
iscritto alla classe \_\_\_\_, sez. \_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_,  
consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di  
intervento personalizzato prot. \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e  
Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal (barrare la  
voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL \_\_\_\_\_

medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e  
nel Piano di intervento personalizzato,  
nel seguente luogo: \_\_\_\_\_  
con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al  
termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico  
successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione  
integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni  
eventuale variazione di trattamento.

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

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/dello studente \_\_\_\_\_

## PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

(art. 2 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

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

Alla Famiglia dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(oppure)  
All'alunno/a \_\_\_\_\_  
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco  
Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_  
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto  
Alla Azienda USL \_\_\_\_\_

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

I sottoscritti Dirigente scolastico ..... e il Referente per l'Azienda USL....  
..... dott. ....,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli  
esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente  
maggiorrenne) ....., iscritto/a alla classe ..... sez... ..  
dell'Istituto ....., plesso ....., sito in  
via ..... località  
.....;

Vista la certificazione medica con attestazione 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  
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, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i  
farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati  
dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

### DISPONGONO

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 (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	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL

/ /  
/ /  
/ /  
/ /

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda USL \_\_\_\_\_

Prof. ....

Dott. ....

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) \_\_\_\_\_,

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 nei seguenti orari \_\_\_\_\_.

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

Firma del genitore  
o dell'esercente la potestà genitoriale  
o dello studente (se maggiorenne)

\_\_\_\_\_