



Istituto Comprensivo "Città di Castiglion Fiorentino"  
Via Ghizzi, 5/a - 52043 - Castiglion Fiorentino (Ar)  
Tel. 0575/658019 - fax 0575/656919 - [www.iccastiglioni.gov.it](http://www.iccastiglioni.gov.it)  
E-mail [aric819002@istruzione.it](mailto:aric819002@istruzione.it) Pec: [aric819002@pec.istruzione.it](mailto:aric819002@pec.istruzione.it)  
Distretto Scolastico n° 32 - C.F. 80007060512

Prot. n. 5297/C.2-C.27

Castiglion Fiorentino, 04 Settembre 2017

Ai Genitori  
I.C. "Città di Castiglion Fiorentino"

Al Personale docente e ATA  
I.C. "Città di Castiglion Fiorentino"

**Oggetto:** Nuova modulistica da utilizzare per la somministrazione dei Farmaci a scuola.

Con la presente si porta a conoscenza quanto previsto dall'Intesa tra Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici sulle certificazioni mediche in ambiente scolastico.

Non è necessaria alcuna certificazione medica per:

- 1) frequenza a lezioni di Educazione Fisica;
- 2) entrata/uscita da scuola anticipata o posticipata sia per motivi familiari o per partecipare a visite mediche o indagini clinico/strumentali;
- 3) fruizione di diete particolari per motivi religiosi;
- 4) riammissione dopo assenze non dovute a malattia.

Necessita una certificazione medica per:

- 1) riammissione dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni;
- 2) per lo svolgimento di attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- 3) per la partecipazione ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

In tali occasioni deve essere richiesto un certificato di idoneità alla attività sportiva di tipo non agonistico.

Per la partecipazione alle fasi nazionali dei giochi sportivi studenteschi necessita un certificato di idoneità alla attività sportiva di tipo agonistico.

**Riammissione dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni**

In base a quanto previsto dal DPR Presidente della Repubblica 1518/1967 il certificato di riammissione a scuola è necessario dopo un'assenza per malattia di oltre cinque giorni (*il rientro a scuola il 6° giorno non richiede certificato*).

I giorni festivi sono conteggiati solo se sono a cavallo del periodo di malattia (esempi: 1. inizio assenza venerdì, il rientro a scuola fino al mercoledì successivo non richiede il certificato dal giovedì successivo in poi sì, 2. Inizio assenza martedì il rientro a scuola il lunedì successivo non richiede il certificato, dal martedì successivo sì).

**Riammissione in caso di trattamento con suture/medicazioni/apparecchi gessati.**

Nei casi in cui la Scuola sia in possesso di un referto medico con indicazione di una prognosi, per la riammissione anticipata rispetto al periodo di prognosi di guarigione indicata è necessario un certificato dove sia specificato che da un punto di vista medico non ci sono ostacoli e che l'alunno possa frequentare le lezioni.

La suddetta certificazione è necessaria per superare le norme antinfortunistiche che, di fatto impedirebbero la frequenza scolastica per lunghi periodi.

Se la scuola non è in possesso di un referto medico con indicazione di una prognosi, il certificato medico per il rientro non è necessario.

**Richiesta di Certificati di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico**

La certificazione di idoneità sportiva di tipo non agonistico è richiesto nei seguenti casi di interesse scolastico:

- a) per lo svolgimento di attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- b) per la partecipazione ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

In base alla recente normativa per le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico è necessario aver eseguito "almeno un ECG nella vita".

La richiesta di certificazione deve essere effettuata su apposito modulo firmato in originale dal Dirigente Scolastico o da suo delegato e dove sia esplicitata l'attività che l'alunno frequenterà.

I certificati per la pratica di attività sportiva di tipo non agonistico sono rilasciati dal Pediatra di Famiglia o dal Medico di Medicina Generale, o dal Medico Specialista in Medicina dello Sport ovvero dai Medici della Federazione Medico-sportiva Italiana de Comitato Olimpico nazionale Italiano.

La certificazione per la pratica di attività sportiva di tipo agonistico, prevista per la partecipazione alle fasi nazionali dei giochi sportivi studenteschi è rilasciato dalle ASL locali o da strutture ambulatoriali private accreditate per la medicina dello sport.

Si ribadisce che:

- ✓ il certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico ha validità di un anno e pertanto se l'alunno è già in possesso di tale certificazione precedentemente rilasciata, questa deve ritenersi valida per tutte le attività che prevedono una certificazione di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico, se rientra nel periodo di validità.
- ✓ Per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico, il medico si atterrà alle disposizioni normative vigenti.

### Somministrazione di Farmaci a scuola

Attualmente la normativa di riferimento è rappresentata dalla delibera della Regione Toscana n. 112 del 20 febbraio 2012.

La somministrazione di un farmaco a scuola per un determinato alunno deve scaturire dalla definizione di uno specifico *<Piano Terapeutico>*, predisposto dalla scuola in collaborazione con i Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, con l'indicazione di criteri e modalità di erogazione.

La somministrazione di un farmaco può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario nei casi in cui si configuri come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione, in relazione ai tempi, la posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Qualora, la somministrazione del farmaco preveda il possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecnica, la competenza al riguardo spetta all'AUSL.

Per attivare la somministrazione del farmaco in orario scolastico è necessaria:

1. Richiesta della Famiglia;
2. Certificazione medica rilasciata dal Pediatra di Famiglia o dal Medico di Medicina Generale o da un Medico dei Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, che indichi lo stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, indicando se si tratta di un farmaco salvavita o indispensabile e se possa essere erogato da personale adulto non sanitario, configurandosi come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario.

La Direzione Scolastica si attiverà con la ASL di riferimento, per concordare l'attivazione, di corsi di formazione specifici per il personale dichiaratosi disponibile alla somministrazione del farmaco.

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Maria Giovanna *Barbieri*



**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
  - Mattina (h. ....) dose da somministrare .....
  - Pasto (prima, dopo) ..... dose .....
  - 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 FARMACO/I *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 maggiorenne) ....., 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)

\_\_\_\_\_