MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Umberto I"

58017 PITIGLIANO (GR)

G. ROMANI

Prot. n. 5407/2.8
Circ. n. 08

Pitigliano, 13/09/2023

A tutto il personale scolastico

Loro sedi

Oggetto: riepilogo normativa certificazioni per la riammissione a scuola e normativa somministrazione dei Farmaci a Scuola sul territorio della regione Toscana

Si rende noto che in data 10 gennaio 2017 è stata pubblicata sul sito dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana la nuova modulistica da utilizzare per la somministrazione dei Farmaci a scuola, al fine di renderla uniforme sul territorio regionale della Toscana, in applicazione della D.G.R.T. n.653/2015.

Per quanto concerne le certificazioni diverse, resta in vigore il Protocollo d'intesa tra Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici sulle certificazioni mediche in ambiente scolastico, siglato I'8 gennaio 2015.

In caso di trattamento con suture/medicazioni/apparecchi gessati, si precisa quanto segue: di norma la presenza di medicazioni/suture/apparecchi gessati non controindica da un punto di vista medico la frequenza in una comunità scolastica: è prevista una dichiarazione di responsabilità dei genitori, per quanto attiene ad aspetti di natura non medica, unitamente ad un certificato medico che dichiari che, nonostante lo stato di infortunio e di prognosi, non sussiste alcun rischio o impedimento alla frequenza scolastica.

Nel caso in cui la Scuola sia in possesso di un referto medico con indicazione di una prognosi, in seguito ad eventi esterni o interni alla scuola come ad esempio un infortunio, 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 a che l'alunno possa frequentare le lezioni; il certificato non è richiesto se tale indicazione è contenuta nel referto medico relativo all'incidente. La suddetta certificazione è necessaria per superare le norme antiinfortunistiche che, in presenza di una specifica prognosi, di fatto impedirebbero la frequenza scolastica per lunghi periodi; il Dirigente Scolastico adotterà poi le eventuali misure organizzative ritenute opportune per la permanenza negli ambienti scolastici dell'allievo con suture o apparecchi gessati. 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. Tutte le indicazioni sono più ampiamente contenute nel protocollo di intesa dell'8/01/2015 allegato alla presente informativa.

Somministrazione di Farmaci a scuola

La somministrazione dei farmaci a scuola deve essere resa possibile in presenza di un alunno affetto da una patologia certificata, che ne prescriva l'assoluta necessità di erogazione in orario scolastico.

Documento informatico firmato digitalmente da ANNA ROSA CONTI ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

Attualmente la normativa di riferimento è rappresentata dalla delibera della Regione Toscana n. 112 del 20 febbraio 2012, che recepisce l'Accordo di collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale siglato a seguito dell'Atto di Raccomandazione del 25.11.2005, a firma dei Ministri dell'Istruzione e della Salute pro tempore. 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, dei Pediatri di Libera Scelta e/o dei Medici di Medicina Generale, 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 essa 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, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco. Qualora, invece, la somministrazione del farmaco preveda il possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecnica, la competenza al riguardo spetta all'ASL, che individuerà il personale e le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

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

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

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 farmaco salvavita o indispensabile e se possa essere erogata da personale adulto non sanitario, configurandosi 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. Ai fini della tutela della privacy non è necessaria l'esplicitazione della diagnosi.

Iter procedurale

- La richiesta di somministrazione del farmaco deve essere inoltrata da parte di uno dei genitori o dal tutore al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo presente sul sito dell'Istituto, utilizzabile solo in presenza della prescrizione alla somministrazione rilasciata dal Medico Curante dalla quale si evinca:

o l'assoluta necessità;
o la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
o la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
o la fattibilità della somministrazione de parte del personale non sanitario;

- La prescrizione medica deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

o nome e cognome dell'alunno;
o nome commerciale del farmaco;

- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

- Può essere avanzata anche richiesta di somministrazione durante l'orario scolastico da parte di un genitore o di persona da lui designata che il tal caso potrà essere ammessa nella scuola per effettuare la somministrazione;
- La validità della richiesta è limitata all'anno scolastico in corso e va rinnovata eventualmente all' inizio di ogni anno scolastico o comunque nel caso di variazione del farmaco o di una delle condizioni descritte;
- Il Dirigente scolastico può richiedere se lo ritiene opportuno l'esibizione del certificato da parte di genitori;
- Nel caso in cui il Dirigente Scolastico, sentito anche il parere del Medico Competente dell' Istituto, ravvisasse l'incongruità della richiesta, richiede per iscritto parere all' ASL attraverso il Distretto Socio Sanitario di appartenenza della Scuola.

Il Dirigente Scolastico

- Autorizza la somministrazione del farmaco, una volta acquisita la documentazione del genitore/tutore;
- Individua gli operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici, personale educativo) per somministrare i farmaci, ai quali deve essere garantita l'informazione e formazione specifica qualora se ne presenti la necessità;
- Si fa garante dell'organizzazione dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazionedei farmaci avvalendosi degli operatori scolastici opportunamente informati/formati

Il personale scolastico, docente e non docente

Il personale scolastico, docente e non docente, individuato per somministrare il farmaco:

- Partecipa ai momenti formativi/informativi organizzati dal Dirigente Scolastico;
- Procede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella richiesta;
- È sollevato da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia, se effettuata nelle modalità concordate.

In ogni caso, il personale scolastico è obbligato alle prime e più semplici manovre di primo soccorso, in caso di emergenza sanitaria.

Il genitore/tutore

- Fornisce al Dirigente Scolastico la documentazione prescritta;
- Fornisce al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze;

- Fornisce il farmaco, tenendo nota della scadenza, e provvedendo per tempo alla sua sostituzione.

Autosomministrazione

L'autosomministrazione di farmaci da parte degli studenti - da incentivare in alcune situazioni cliniche come diabete giovanile ed asma allergico - è resa possibile previa richiesta su apposito modulo da parte del genitore al Dirigente Scolastico, in riferimento ad una precisa prescrizione rilasciata dal medico curante.

Nel caso di studenti maggiorenni, verrà fatta comunicazione, da parte dello studente, al Dirigente Scolastico per presa d'atto da parte di quest'ultimo.

Gestione dell'emergenza

Resta in ogni modo prescritto il ricorso al Servizio Territoriale Emergenza (118) nei casi in cui ci sia la necessità di interventi non precedentemente richiesti/autorizzati dal genitore/tutore e non differibili in relazione alla gravità dell'intervento.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Anna Rosa Conti

Firmato digitalmente ai sensi del C.A.D. e norme ad esso connesse

Allegato 1

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

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

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a …….….. nato/a a …….., in data …./…./……. residente in ……..……..…….

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

e

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco ……, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

  ☐ salvavita

  (Oppure)

  ☐ indispensabile;
- Considerato che la somministrazione 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;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia ☐ al genitore dell'alunno/a (oppure) ☐ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo ……

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data ……/……/…..…

……..

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 sollevo 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).

Allegato 3

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)

_____

AI Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Umberto I" di Pitigliano

DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I sottoscritti …….
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a ……..
iscritto/a presso codesto Istituto, Classe ….. Sez ….. Plesso …….

DICHIARANO

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico e dai docenti.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)