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 _____

Data ____/____/_____

In fede
Timbro e Firma del Medico

_____

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 **COMPRENSIVO STATALE SANSEPOLCRO**
Indirizzo **SANSEPOLCRO (AR) Via Campo Sportivo, 1**

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 Comprensivo Statale di Sansepolcro -Via Campo Sportivo, 1 Cap 52037 Località Sansepolcro Provincia Arezzo,

- 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**COMPRENSIVO STATALE SANSEPOLCRO**, consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra_____, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot._____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 _____

Allegato 4

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 ***Domenico De Angelis*** 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 Comprensivo Statale Sansepiolcro, plesso _____, sito in via _____località SANSEPOLCRO (AR);
- 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

Dott.ssa Paola Brogi

Firma:_____

L' Azienda USL

Dott. _____

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)