

Allegato 1/P.I.T.

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

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dello studente/essa _____
nato/a a _____, in data ____/____/____ residente in

Codice Fiscale _____

Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a studente/essa 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 dal personale
scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente
formato.

A tal fine, il sottoscritto medico attesta che:

☐ **OPZIONE A:** Si allega il **Piano Terapeutico** (art. 2 DGRT 653/2015) compilato
nel presente modulo.

☐ **OPZIONE B:** Si allega il **P.I.T. (Piano Individuale di Trattamento)** redatto
dal Centro Specialistico di Diabetologia Pediatrica (obbligatorio per diabete
mellito - Legge 104/92 e le altre leggi applicabili), che costituisce parte integrante
e sostanziale della presente certificazione. - *Acquisito agli atti*

Si rilascia al: ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo
studente/essa (oppure) ☐ studente/essa di cui sopra su sua richiesta.

____ (____), ____/____/____

In fede
Timbro e Firma del Medico

(*) il P.I.T. sostituisce la Certificazione Medica

PIANO TERAPEUTICO

Studente/essa

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fiscale _____

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile: _____

☐ **A1) Necessita di somministrazione quotidiana:**

Orario e dose da somministrare:

☐ Mattina, h. _____, dose _____

☐ Pasto, ☐ prima ☐ dopo _____, dose _____

☐ Pomeriggio, h. _____, dose _____

Modalità di somministrazione del farmaco _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ **A2) 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 ____/____/____

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 conservazione del farmaco: _____

Capacità dello studente/essa ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco: ☐ Sì ☐ No

Necessità di formazione specifica da parte di:

☐ ASP ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di libera scelta

nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione ☐ Sì ☐ No

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte di

☐ ASP ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di libera scelta

_____, _____

In fede

Timbro e Firma del Medico

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I
NEI LOCALI SCOLASTICI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Spettabile
Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____,
☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome)
_____, nato/a a _____ il
_____/_____/_____ e residente a _____ in Via _____,
che frequenta la classe
_____ sez _____ del Plesso _____

- 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'ASP _____ ☐ al Dott. _____,
in data ____/____/_____;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore/dell'esercente la potestà genitoriale che a (barrare la scelta):

- ☐ mio/a figlio/a siano **somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico;
- ☐ 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 DS, 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 DS, 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 Regolamento UE 2016/679.

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

firma del genitore/di chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.

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 allo studente/essa (Cognome e Nome) _____,
(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai Genitori)

In data ____/____/____ alle ore ____:____, il/la sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde) ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo
studente/essa (Cognome e Nome) _____,
nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____
in Via _____, che frequenta la classe ____ sez ____ del Plesso
_____ consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra
_____, individuato nel Piano di Intervento Personalizzato prot.
n. _____ del ____/____/____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare allo studente/essa come da Certificazione Medica e Piano Terapeutico
consegnati in segreteria in data ____/____/____ e rilasciato dal (barrare la voce
corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della ASP _____

☐ 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 "PIP", nel seguente luogo:
_____ con le seguenti modalità: _____

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale 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.

_____(____), ____/____/____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/esercente la potestà genitoriale _____

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO "PIP"

Prot. n. _____ del ____/____/____

Alla Famiglia dello studente/essa _____

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti/Docenti della classe _____ sezione _____

Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Alla ASP _____

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato "PIP" per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico allo studente/essa _____

I sottoscritti:

DS _____

☐ Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

Vista la richiesta di somministrazione farmaci con autorizzazione presentata dal ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata in data ____/____/____ dal:

☐ Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

nella quale si attesta l'assoluta necessità, in orario scolastico, di somministrazione il farmaco (nome commerciale/principio attivo) _____ 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 studente/essa;

☐ ad assistere lo studente/essa nella autosomministrazione del farmaco;

secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali/luoghi idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati/atti di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'ASP/formazione ricevuta in materia, che sono parte integranti del presente documento;

DISPONGONO

☞ Che il farmaco venga consegnato dal ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa al responsabile incaricato Sig./Sig.ra _____;

☞ che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale/luogo: _____;

☞ che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, 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:

[illegible]

Firma

Il Dirigente Scolastico

☐ Per l'ASP _____ ☐ Il Medico/Pediatra

Dott. _____

Il sottoscritto ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa
(Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il
_____/_____/_____ e residente a _____ in Via _____, che
frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Viste le determinazioni assunte dal DS _____ e dal

- ☐ Dott. _____ del Servizio di pediatria
dell'ASP _____
- ☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____
- ☐ medico di medicina generale Dott. _____ 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 _____.

_____, _____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

Allegato 5

Spett.le

☐ ASP _____ Servizio di pediatria
☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____
☐ medico di medicina generale Dott. _____

Sede

Oggetto: Richiesta formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco di cui alla Certificazione medica con Attestazione e Piano Terapeutico.

Ai sensi della normativa vigente;

Vista la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa
(Cognome e Nome) _____, nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____,
che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta;

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione;
si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, si porgono distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Maria Filippa Amaradio

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

Allegato 5bis

Richiesta Formazione al SDP

Spett.le

Servizio di Diabetologia Pediatrica "SDP" di _____,

☐ ASP _____ Servizio di pediatria

☐ medico pediatra di libera scelta Dr. _____

☐ medico di medicina generale Dr. _____

☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa
Sede

Oggetto: Richiesta formazione del personale scolastico alla somministrazione del farmaco di cui alle prescrizioni contenute nel P.I.T. prot. n. ____ del ____ rilasciato dal SDP di _____.

Ai sensi della normativa vigente ed in attuazione a quanto stabilito dal "Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete mellito in contesti scolastici, educativi, formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita"

Vista la certificazione medica e il P.I.T. prot. n. ____ del ____ rilasciato dal SDP di _____, allegato alla richiesta;

Considerata la necessità di formazione di cui in oggetto per poter definire le modalità di gestione del docente durante le attività didattiche:

(Cognome e Nome) _____, nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____,
che frequenta la classe ____ sez ____ del Plesso _____;

si chiede

di organizzare, a stretto giro, incontro per quanto in argomento, comunicando data e modalità.

In attesa di cortese Vs prossimo contatto, si porgono distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato 6

Spett.le

A tutti Docenti

Ai Genitori

Al Personale Ata

Al Sito web

Oggetto: Verifica disponibilità interna alla somministrazione di farmaci salvavita.

In considerazione del fatto che nell'Istituto sono presenti studenti/esse affetti da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita/indispensabili,

si chiede

a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà necessario effettuare un'apposita "formazione in situazione".

Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo Soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, deve comunicare la propria disponibilità compilando il seguente modulo denominato "Allegato 7".

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Maria Filippa Amaradio

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

Allegato 7

Spett.le

Dirigente Scolastico del

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci salvavita/indispensabili agli alunni in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di Docente ☐ Collaboratore scolastico, ☐ formato al primo soccorso, considerata la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e posta agli atti della scuola.

_____ (____), _____

Firma

Verbale Incontro Scuola

Tipo di riunione:

☐ ORDINARIA: annuale ☐ semestrale ☐ altro☐ STRAORDINARIA: _____

In data _____ alle ore _____, seguendo le norme vigenti, sono stati convocati e hanno partecipato i seguenti sotto notati:

Prof.ssa _____

Dirigente Scolastico protempore

Dr. _____

personale del Distretto
Sanitario/ASL/ASP/SDP

Dr.ssa _____

I/Il ☐ Genitori/e dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa
(Cognome e Nome) _____, nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in
Via _____, che frequenta la classe ____ sez ____ del Plesso
_____;

Vengono affrontati i seguenti punti all'ordine del giorno:

☐ Descrizione generale della patologia a cura del personale del: ☐ DS ☐ SDP☐ Presentazione del Piano Terapeutico Individuale;☞ è richiesta assistenza domiciliare integrata (ADI): ☐ Si; ☐ No;☞ è necessario uno schema alimentare personalizzato: ☐ Si; ☐ No;

Le sessioni di Formazione/Informazione del personale scolastico coinvolto sono fissate in data: _____

La somministrazione del farmaco salvavita (Glucagone) sarà effettuata da:

COGNOME e NOME	Qualifica/Attività	Note

L'effettuazione dello stick ed eventuale somministrazione di insulina sarà effettuata da:

COGNOME e NOME	Qualifica/Attività	Note

L'incontro intermedio per verificare l'andamento dell'inserimento è fissato per:

Note:

Dopo aver esaurito tutti gli argomenti all'Ordine del Giorno e constatato che nessun partecipante ha richiesto la parola, la riunione è stata ufficialmente chiusa alle ore _____ dello stesso giorno.

Il presente verbale è:

- ↳ stato letto, confermato e sottoscritto da tutti i partecipanti elencati nel cappello introduttivo.
- ↳ messo a disposizione di tutti i partecipanti per la consultazione e per chi ne abbia necessità, in conformità alle leggi vigenti.
- ↳ stato firmato dai presenti nel pieno rispetto delle norme di legge:

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

Firma del personale del Distretto Dr.

Firma del Dirigente Scolastico
