



## ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTIN LUTHER KING

Via Ferdinando Santi, 1 - 51100 Pistoia  
tel. 0573 544741 - Cod. Mecc. PTIC809001 - C.F. 90026310475  
Cod. Univ. UFLJ4D

indirizzo e-mail: [ptic809001@istruzione.it](mailto:ptic809001@istruzione.it) pec. [ptic809001@pec.istruzione.it](mailto:ptic809001@pec.istruzione.it)  
sito internet: <https://www.istitutomartinlutherking.edu.it>



Istituto Comprensivo 'M.L.King' Pistoia  
Prot. 0005721 del 04/09/2024  
IV (Uscita)

Circ. n. 04

Ai genitori degli alunni frequentanti  
l'I.C.S. "Martin Luther King"

### OGGETTO: Particolari condizioni di salute e somministrazione farmaci

Si ricorda che i genitori di alunni **con particolari condizioni di salute** (allergie, diete speciali e quant'altro) devono provvedere a depositare presso l'ufficio di segreteria copia del certificato medico in modo da consentire la dovuta informazione al personale scolastico interessato.

I genitori degli alunni che necessitano di **somministrazione di farmaci a scuola** devono provvedere a segnalarlo **tempestivamente** all'ufficio di segreteria e ad informare l'Istituto di ogni eventuale **variazione di terapia**.

Per attivare correttamente la procedura di somministrazione dei farmaci in orario scolastico (in applicazione della D.G.R.T. n. 653/2015) il genitore deve consegnare in segreteria i seguenti documenti:

- Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e piano terapeutico (**Allegato 1 - modulistica per il medico**)
- Richiesta del genitore indirizzata al Dirigente Scolastico di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico (**Allegato 2 - modulistica per la famiglia**);

Qui di seguito la modulistica disponibile anche presso l'ufficio di segreteria o scaricabile dal sito dell'Istituto nell'area modulistica per le famiglie:

(<https://www.istitutomartinlutherking.it/documento/modulistica-per-le-famiglie/>).

Si ricorda che:

*"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.*

*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 Raccomandazioni 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'AUSL, che individuerà il personale e le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico".*

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
(Dott.ssa Manila Cherubini)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs 39/93

**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) Necessità 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) Necessità 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).