



## **Ministero dell'Istruzione**

### **Istituto Comprensivo Statale ad Indirizzo Musicale "G. Verga"**

Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado

Via Umberto, 341 – 96010, Canicattini Bagni (SR) Tel. 0931.945134

C.M.: SRIC816003 – C.F.: 93039260893 – Codice IPA: istsc\_sric816003 – Codice Univoco: UFJIUC

email: [sric816003@istruzione.it](mailto:sric816003@istruzione.it) – pec: [sric816003@pec.istruzione.it](mailto:sric816003@pec.istruzione.it) – sito web: [www.icvergacanicattini.edu.it](http://www.icvergacanicattini.edu.it)

Ai docenti  
Al personale ATA  
Ai genitori degli alunni interessati  
al Sito Web

Anno scolastico 2021/22

#### **Circolare n. 107**

**OGGETTO: Somministrazione farmaci**

Il Dirigente Scolastico

VISTO il documento "Atto di Raccomandazioni del 25 novembre 2005 contenente le Linee-Guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico", predisposto dal MIUR d'intesa con il Ministero della Salute;

#### **D I S P O N E**

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni si faccia riferimento alla nota comune del 25.11.2005 del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero della Salute, con la quale sono state emanate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica".

Questi i punti fondamentali:

1. la somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio ASL;
2. la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica dell'adulto;
3. la somministrazione deve essere richiesta FORMALMENTE AL DIRIGENTE SCOLASTICO da chi esercita la potestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);
4. qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza, non ci si può esimere dal prestare il primo soccorso e nei casi in cui si riscontri l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia);
5. il Dirigente Scolastico a seguito della richiesta scritta:
  - individua luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
  - concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
  - verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA che abbia seguito il corso di primo soccorso di cui al D.Lgs 81/2008 o corso di formazione specifico per la patologia) a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati.

Si riportano di seguito il protocollo d'intesa richiamato in premessa e i moduli collegati per la formale richiesta di somministrazione dei farmaci.

**Modelli collegati:**

- Mod.01 Modello di Certificazione medica per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.
- Mod.02 Modello di Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale.
- Mod.03 Modello di Informativa ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003 sottoscritta dal genitore o da chi esercita la responsabilità genitoriale.
- Mod.04 Modello di Dichiarazione di disponibilità alla somministrazione del farmaco e formazione in tema di sicurezza e primo soccorso.
- Mod.05 Modello di Richiesta di somministrazione farmaci salvavita in ambito scolastico del genitore.
- Mod.06 Piano Di Azione Per Farmaco Salvavita
- Mod.07 Verbale Per Consegna Medicinale Salvavita

Canicattini B. 24/11/2021

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Stefania Bellofiore  
Firma autografa sostituita a mezzo  
stampa ai sensi dell'art. 3 comma  
2 del D.L. 39/93

**Modulo 01**

**Certificazione medica per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico o piano terapeutico**

Al Dirigente Scolastico

.....

(Cognome).....(Nome).....

nato il.....residente.....

affetto da ..... Necessita di:

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico ad uso cronico
- somministrazione di farmaci in ambito scolastico ad uso emergenza

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i.....

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione).....

.....

.....

durata della terapia.....

modalità di conservazione del farmaco .....

.....

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di particolare emergenza o sintomatologia, indicare i sintomi

.....

.....

.....

- È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.
- Non è prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

Data, .....

Timbro e firma del medico

**Modulo 02**

**Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale.**

Al Dirigente Scolastico

.....

Il/La sottoscritto/a .....  
in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale e  
Il/La sottoscritto/a .....  
in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale  
di (Cognome) ..... ( Nome ) .....  
nato il ..... a ..... e frequentante nell'anno scolastico  
...../..... la Scuola .....  
classe .....

CHIEDONO

che sia somministrato a ..... il/i seguente/i farmaco/i,  
.....coerentemente alla certificazione medica allegata. A tal fine,

AUTORIZZANO

- La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili: Medico Curante .....

Genitori .....

Fotocopia Documento identità

Data, ..... In fede

Firma .....

*Note*

*La richiesta/autorizzazione ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.*

*Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.*

*I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia*

Modulo 03

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)

Al Dirigente Scolastico

.....  
.....

Il/La sottoscritto/a .....

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale e

Il/La sottoscritto/a .....

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

di (Cognome) ..... ( Nome ) .....

nato il ..... a ..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola ..... classe .....

Autorizzano il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003.

Data, .....

In fede  
Firma

Modulo 04 Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Al Dirigente Scolastico

.....  
.....

Il/La sottoscritto/a ..... nato a..... il .....

In servizio presso .....

- docente formato primo soccorso..... p SI p NO
- collaboratore scolastico formato primo soccorso..... p SI p NO
- personale amministrativo formato primo soccorso..... p SI p NO

- Richiamato l'art.2 delle raccomandazioni MIUR/Ministero della Salute del 25/10/2005 – non competenze specialistiche né esercizio della discrezionalità tecnica;
- Nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e che la somministrazione di tali farmaci è indispensabile affinché il/la bambino/a possa frequentare la scuola;

Dichiara

- la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.
- la propria disponibilità alla formazione in tema di sicurezza e primo soccorso ai sensi del D.L. 626/94 e D.M. 388/2003.

Data ..../.../.....

FIRMA

**Mod. 5 Richiesta di accesso ai locali scolastici per somministrazione farmaci**

Al Dirigente scolastico  
IC G.Verga di Canicattini Bagni (SR)

Il/La sottoscritto/a .....  
in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale  
e Il/La sottoscritto/a .....  
in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale  
di (Cognome) ..... (Nome) .....  
nato il ..... a ..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....  
la Scuola ..... classe ..... sez .....  
residenti a ..... in via ..... n.° .....

CHIEDONO

di poter accedere

far accedere il loro delegato Sig./Sig.ra .....

ai locali scolastici frequentati del proprio figlio/a, durante l'orario scolastico nei giorni:

.....

e nei seguenti orari .....

al fine di somministrare la terapia alla quale il proprio figlio/a è sottoposto.

Inoltre, si impegnano a fornire i farmaci e la prescrizione medica recante la necessità di somministrazione a scuola con posologia e modalità.

Numeri di telefono dei Genitori :.....

Data, .....

In fede

Genitori o esercenti la patria potestà

Firma ..... Firma .....

## Mod.6 PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

I genitori consegneranno al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale.....  
..... da somministrare in caso di ..... (indicare l'evento)  
.....come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ..... (indicare il luogo dove sarà conservato)  
.....

Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

### **COMPORTEMENTI DEL PERSONALE**

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

#### • una persona per i contatti telefonici:

- chiama i genitori,
- informa il 112 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.

#### • una persona per la somministrazione:

- accudisce il bambino
- somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

### **1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:**

- a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico;
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e allontana i bambini in un'altra classe o nell'atrio del plesso, dandoli in consegna ad un'altra insegnante presente che effettuerà la sorveglianza.
- c) l'insegnante disponibile o l'addetto al primo soccorso che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

### **2) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:**

- a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico (e l'addetto al primo soccorso se l'insegnante non ha dato la disponibilità) e soccorre il/la bambino/a.
- b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe o nell'atrio del plesso ed effettua la sorveglianza momentanea.
- c) l'insegnante disponibile o l'addetto al primo soccorso che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.
- d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 112 e i genitori.

### **3) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:**

- a) un insegnante soccorre il/la bambino/a (quella fra le due che ha dato la disponibilità)
- b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico (e l'addetto al primo soccorso se l'insegnante non ha dato la disponibilità) e soccorre il/la bambino/a, poi chiama il 112 e i genitori.



c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe o nell'atrio del plesso dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza

d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a disponibile o l'addetto al primo soccorso che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dalle insegnanti o dai collaboratori scolastici del plesso.

Qualora non vi sia personale docente o ATA disponibile per la somministrazione del farmaco salvavita verrà consentito l'accesso del genitore, se munito di certificazione verde anti COVID-19, che si occuperà di somministrare il farmaco suddetto.

**Mod.7 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data ..... alle ore .....

i Genitori: Sig. .... e Sig. ....

dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

consegnano alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....

da somministrare al/alla bambino/a in caso di<sup>1</sup> .....

nella dose ..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in

copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott. ....

I Genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Luogo e Data ..... il .....

Firma Padre .....

Firma Madre.....

Le insegnanti

<sup>1</sup> Indicare l'evento