



## 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: UF11UC

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)

I IC "G.VERGA" CANICATTINI BAGNI  
Prot. 0005028 del 17/09/2024  
IV (Uscita)

A tutto il personale docente e ATA  
Ai Genitori e/o esercenti responsabilità genitoriale  
degli alunni dell'Istituto  
Alla D.S.G.A  
Albo on line  
Al sito web d'Istituto  
Atti - Sede

A.S. 2024/2025

Circolare n. 20

Oggetto: **Somministrazione farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI. Raccomandazioni e istruzioni.**

Il Dirigente scolastico facendo riferimento alla "Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI",

#### CONSIDERATA

la Dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'ONU il 20 novembre 1959, che afferma che va garantito ai bambini il diritto ai mezzi che consentono lo sviluppo in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale;

VISTO il Decreto Legislativo 31 Marzo 1998 n. 112 "conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali";

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto Legislativo 30 Marzo 2001 n. 165, concernente "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

VISTA la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" a firma dei Ministri del MIUR e della salute; VISTO il C.C.N.L. del comparto scuola 2016/2018 sottoscritto in data 19.04.18, art. 28, comma 4; PREMESSO che "la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto" (art. 2 delle suddette Linee Guida); CONSIDERATO che è frequente la presenza di alunni che presentano particolari patologie (diabete insulino-dipendente, epilessia, ecc.) con necessità di una specifica vigilanza e, in qualche caso, della somministrazione di farmaci;

RITENUTO che in questi casi è importante attivare azioni di collaborazione e di condivisione tra i soggetti istituzionali coinvolti e le famiglie nonché individuare un percorso di intervento nelle singole situazioni;

CONSIDERATO che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla

persona che ne necessita;

#### DISPONE

la seguente procedura per quanto previsto in oggetto, pertanto, la presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

- In ambito scolastico possono essere somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute documentate e supportate da certificazioni mediche e solo nel caso in cui la somministrazione non possa avvenire al di fuori dell'orario scolastico, in questo caso – previa presentazione di apposita istanza – il dirigente potrà concedere l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci in questione;
- Tale attività di soccorso e l'assistenza devono sempre rientrare in un Piano Terapeutico stabilito da sanitari della AUSL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- I farmaci a scuola possono essere somministrati dal personale scolastico agli studenti solo nei casi autorizzati dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di Libera Scelta e/o dai Medici di Medicina Generale, tramite autorizzazione recante la certificazione medica dello stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile: l'autorizzazione deve essere integrata da uno specifico Piano Terapeutico (PT);
- L'autorizzazione viene rilasciata, su richiesta dei genitori degli studenti o degli esercenti la patria potestà, che presentano ai medici la documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso;

**Nel caso di alunni cui sia prescritto dal medico curante (pediatra di libera scelta o specialista, centro di diabetologia) il trattamento farmacologico e la famiglia intenda richiedere alla scuola l'autorizzazione di tale somministrazione, i genitori dell'alunno hanno l'obbligo di:**

- **Fornire al Dirigente Scolastico un recapito telefonico** al quale sia reperibile egli stesso o un suo delegato;
- **Produrre al Dirigente Scolastico, all'inizio di ogni anno scolastico**, richiesta scritta e documentata di somministrazione dei farmaci.
- **Allegare alla richiesta**, la certificazione medica redatta dal PLS/MMG o dal Pediatra Ospedaliero, **aggiornata** attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia, ecc.)  
La certificazione sanitaria per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve esplicitare:
  - nome e cognome dell'alunno;
  - nome commerciale del farmaco;
  - descrizione puntuale dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco; - dose da somministrare;
  - tempo di reazione alla somministrazione;
  - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
  - tempo di reazione al farmaco;
  - possibili effetti collaterali ed interventi per affrontarli.

Inoltre che:

- a) la somministrazione risulta indispensabile in orario scolastico;
- b) la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi alla posologia, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione.
- c) la fattibilità della somministrazione da parte di personale scolastico.
  - Presentazione del **P.I.T. (Piano Individuale di Trattamento) completo di tutti i dati e indicazioni.**
  - Fornire il materiale per la somministrazione del farmaco, tenendo nota della scadenza del farmaco stesso e del materiale, così da garantirne la validità.

**Si ricorda che il personale scolastico può somministrare solo ed esclusivamente quei farmaci la cui "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***” ex Linee guida per la somministrazione dei farmaci del 25.11.2005.

Il DS una volta ricevuta la richiesta della famiglia, verifica (di norma entro una settimana):

- la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, ecc.);
- la disponibilità del personale dietro richiesta di manifestazione da parte del DS;
- l'esigenza di formazione specifica. La DS prenderà i contatti con ASL per fissare la formazione.

In seguito:

**convoca la famiglia, a tutela della privacy, per il consenso scritto sull'informazione data agli studenti e al personale interessato, sul locale dove si assisterà l'alunno, sull'autosomministrazione e conservazione del farmaco nello zaino/astuccio del figlio poiché responsabile in modo autonomo dei tempi e modi di tali atti. In tale consenso la famiglia viene avvisata che l'organizzazione complessiva può essere limitata in particolari e straordinari tempi dalla possibile assenza del personale dichiaratosi disponibile e quindi incaricato della somministrazione: al verificarsi di tali evenienze sarà contattata la famiglia per procedere alla soluzione contingente.**

Nelle more della formazione dei docenti o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori stessi o persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico. È compito della famiglia comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, secondo le procedure indicate nelle presenti **Raccomandazioni**, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento. È compito della famiglia fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità con la sostituzione di nuovo farmaco. Nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno ad altra scuola, o ad altro Comune/Provincia, è compito della famiglia informare la scuola che accoglie il bambino o il ragazzo.

#### **Auto-somministrazione del farmaco**

Nei casi in cui l'alunno, per età, esperienza, addestramento risulti autonomo nella gestione del problema di salute, il genitore deve dare comunicazione scritta al Dirigente Scolastico.

#### **Luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci**

Il docente fiduciario di plesso propone al Dirigente scolastico i luoghi fisici idonei per:

- la conservazione (di norma l'armadietto dei medicinali che deve essere chiuso a chiave);
- la somministrazione o l'autosomministrazione dei farmaci. La somministrazione di farmaci mediante aghi deve avvenire in un luogo appartato, anche per garantire l'incolumità dei compagni.
- I genitori firmano l'assenso alla conservazione e alla somministrazione nei luoghi individuati.

Si rappresenta alle famiglie che in tutti i casi in cui il personale scolastico ravviserà la necessità di somministrare un farmaco salvavita e/o indispensabile ne darà comunicazione preventiva e immediata alle famiglie interessate e nella gestione delle emergenze si farà sempre ricorso al Servizio di 118 qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza, informando i genitori tempestivamente e contemporaneamente all'evento acuto e non prevedibile. I genitori **sollevano altresì il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.**

#### **Non disponibilità del personale della scuola**

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente scolastico può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni. Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il Dirigente scolastico può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il Dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata:

- a.ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale;
- b.al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Si invitano LE FAMIGLIE interessate a voler presentare presso gli Uffici di Segreteria con tempestività e comunque non oltre il 30 settembre 2024 le loro richieste, relative certificazioni e Piano Terapeutico, documentazioni e relativi farmaci o inviare esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica: [src816003@istruzione.it](mailto:src816003@istruzione.it) - [src816003@pec.istruzione.it](mailto:src816003@pec.istruzione.it)

I moduli dovranno essere corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

Nota bene: in caso di invio tramite posta elettronica l'oggetto della mail deve contenere la seguente dicitura: **"Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy"**.

Successivamente i Genitori verranno contattati dall' Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco. I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

Si allegano alla presente i **moduli previsti dal Protocollo di somministrazione dei farmaci pubblicato sul sito del IC "G. Verga" di Canicattini Bagni, scaricabili dal sito.**

**Il Dirigente Scolastico**  
**Dott.ssa Clorinda Coppa**  
(Firma autografa omessa  
ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. n. 39/1993)

## MODULISTICA

1. Allegato 1

RICHIESTA DI ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori che intendano provvedere autonomamente alla somministrazione di farmaci ai loro figli)

2. Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

3. Allegato 3

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINAGENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

4. Allegato 4

VERBALE CONSEGNA FARMACO

5. Allegato 5

ACQUISIZIONE DELLA DISPONIBILITA' DEL PERSONALE INTERNO ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DEI FARMACI

6. Allegato 6

INCARICO A DOCENTI E/O COLLABORATORI SCOLASTICI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
AD ALUNNI

7. Allegato 7

RICHIESTA Formazione in situazione personale scolastico

**OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

I sottoscritti genitori / esercitanti la potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ nella 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.

In attesa di un riscontro, si inviano distinti saluti

Firme dei genitori o esercitanti potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Canicattini Bagni, li \_\_\_\_\_

Autorizzazione

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O DI AUTOSOMMINISTRAZIONE**

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO/A  
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

genitori /esercitanti la potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_  
sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_  
e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione indispensabile ed indifferibile in ambito scolastico ed orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello/a studente/paziente dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

- Si autorizza fin d'ora la somministrazione del farmaco salvavita previsto dal Piano terapeutico **a sostegno delle funzioni vitali, in attesa dell'intervento degli operatori del 118**, anche da parte di personale adulto non sanitario ed al quale non sono richiesti il possesso di cognizioni/competenze specifiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all'orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco) e **sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.**
  
- Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)\*  
 SI  NO
  
- Si autorizza il proprio figlio/a all'autosomministrazione della terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....dal dott. ....Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Si allega la prescrizione del  Medico di Medicina Generale

Pediatra di libera scelta

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/ Medico curante \_\_\_\_\_
- Genitori/esercitanti la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.**

Inoltre, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano 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.

**\*Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto "A. Volta" di Floridia dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo "G. Verga" di Canicattini Bagni dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. Ssa Clorinda Coppa.

Canicattini Bagni, lì \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercitanti la patria potestà

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- Vista la richiesta dei genitori;
- Constatata l'assoluta necessità;
- Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all'orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco)

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente scolastico Dott.ssa \_\_\_\_\_

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Orario: 1° dose \_\_\_\_\_ 2° dose \_\_\_\_\_ 3° dose \_\_\_\_\_ 4° dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

**Note:**

Comparsa di episodi acuti di cui devono essere descritti i sintomi:

\_\_\_\_\_

Comportamenti da assumere nel caso il farmaco non risultasse efficace:

\_\_\_\_\_

Formazione e informazione "in situazione" effettuata da: \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Canicattini Bagni, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta

\_\_\_\_\_



**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: UFJ1UC  
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)

**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. \_\_\_\_\_.

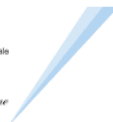
Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo: \_\_\_\_\_ con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

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 provvederà 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.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/dello studente \_\_\_\_\_



**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)

Al personale Docente della classe/sezione \_\_\_\_\_

Al Personale ATA

del Plesso \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ACQUISIZIONE DISPONIBILITA' SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Al personale docente e ATA, preferibilmente individuato tra il personale che abbia seguito i corsi di Primo Soccorso e già nominato come Addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D.Lgs. n.° 81/2008 e D.M.388/03) e al quale è stata comunque garantita prioritariamente l'informazione e formazione specifica "in situazione" da parte del Medico curante,

SI CHIEDE

la disponibilità a somministrare, secondo le prescrizioni, modalità, orari e dosi definiti dal Medico curante

il farmaco \_\_\_\_\_

all'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

I sottoscritti, consapevoli della legittimità del rifiuto a somministrare il farmaco suddetto, ma altresì consapevoli dell'obbligo di assistenza per tutte le situazioni che implicano un rischio di vita e che tale obbligo prescinde dalle competenze professionali o dal ruolo istituzionale svolto, dichiarano qui di seguito la loro disponibilità o non disponibilità alla prestazione in oggetto:

NOMINATIVO DOCENTE	SONO DISPONIBILE	NON SONO DISPONIBILE	FIRMA

NOMINATIVO PERS. ATA	SONO DISPONIBILE	NON SONO DISPONIBILE	FIRMA

La presente disponibilità deve essere restituita entro 3 gg. dalla consegna.  
Cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Clorinda Coppa  
***(Firma autografa omessa  
ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. n. 39/1993)***



**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: UFJ1UC

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)

Canicattini Bagni, li \_\_\_\_\_

All' Ins. \_\_\_\_\_

Alla Collaboratrice scolastica

\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

E p.c. Ai genitori/esercitanti la potestà genitoriale di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA IN ORARIO SCOLASTICO**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

VISTA la nota del MIUR prot.n.2312/Dip/Segr. Del 25 novembre 2005, concernente le "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico";

VISTA la richiesta presentata il \_\_\_\_\_ dai genitori/esercitanti potestà genitoriale dell'alunn \_\_\_\_\_ frequentante la cl. \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ relativa alla somministrazione di farmaci a scuola;

VISTA la certificazione medica allegata;

CONSTATATA l'assoluta necessità;

CONSTATATA la somministrazione indispensabile e indifferibile in orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello studente/paziente;

ACCERTATA la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione e la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

ACCERTATA la possibilità di custodire in ambiente idoneo i farmaci stessi;

VISTA la disponibilità del personale scolastico, preferibilmente individuato tra il personale che abbia seguito i corsi di Primo Soccorso e già nominato come Addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D.Lgs. n.° 81/2008 e D.M.388/03) e al quale è stata comunque garantita prioritariamente l'informazione e formazione specifica "in situazione" da parte del Medico curante, a farsi carico della somministrazione dei farmaci indicati;

**INCARICA**

Il/la docente \_\_\_\_\_ o il/la Coll. Scol. \_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_ frequentata dall'alunn \_\_\_\_\_ a provvedere alla somministrazione dei farmaci indicati nella certificazione medica allegata alla richiesta dei genitori/esercitanti potestà genitoriale nel rispetto delle modalità specificate dal medico curante o dal pediatra di libera scelta.

La S.V. segnalerà eventuali problematiche che dovessero insorgere nello svolgimento dell'incarico suindicato.

Il presente incarico è revocabile in qualsiasi momento si dovessero accertare o segnalare condizioni particolari che potrebbero modificare le modalità già definite della conservazione, della somministrazione, dell'individuazione di eventuali rischi, allo stato

dell'oggi non prevedibili, della disponibilità degli incaricati stessi.

Sarà cura della scuola segnalare tempestivamente ai genitori/esercitanti potestà genitoriale dell'alunno l'impossibilità, anche temporanea, di svolgere tale incarico.

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Clorinda Coppa  
*(Firma autografa omessa  
ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. n. 39/1993)*



**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)

Spett.le Azienda Sanitaria Provinciale  
di Siracusa  
Al Responsabile U.O. di medicina scolastica  
Dott. \_\_\_\_\_  
[semp@asp.sr.it](mailto:semp@asp.sr.it)  
[medicina.scolastica@asp.sr.it](mailto:medicina.scolastica@asp.sr.it)

**Oggetto: Formazione in situazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco**

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno della classe /sezione \_\_\_\_\_

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

si chiede

alla S.V., nell'ambito delle attività in oggetto, l'attivazione della "Formazione in Situazione" per il personale scolastico individuato.

Si dichiara inoltre di essere in possesso di:

- Richiesta dei genitori degli alunni interessati
- Documentazione medica riguardante l' alunno
- Disponibilità del personale scolastico alla formazione



- Dichiarazione sull'individuazione del locale per la conservazione dei farmaci e dei materiali occorrenti.

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

Si porgono cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Clorinda Coppa  
***(Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)***