



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**1° ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE**

g.l. Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

*"Giovanni Verga"*

Via Umberto, 341 - 96010 Canicattini Bagni (SR) - Tel 0931/945134

C.M.: SRIC816003 - C.F.: 93039260893 - Codice JPA: istsc\_sric816003 - Codice univoco: UFJ1UC

e-mail: [sric816003@istruzione.it](mailto:sric816003@istruzione.it) pec: [sric816003@pec.istruzione.it](mailto:sric816003@pec.istruzione.it) - sito web: [www.icvergaanicattini.it](http://www.icvergaanicattini.it)

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

Circ. 54

Pachino, 05/11/2018

Ai Docenti  
Al personale ATA  
Ai genitori degli alunni interessati

**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;
- Vista la delibera del Consiglio d'Istituto che

**DISPONE**

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) 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Moduli 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.

**Modulo 01**

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

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

**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