



ISTITUTO COMPRENSIVO-RECALE  
Prot. 0002569 del 10/09/2022  
I (Uscita)

Circolare n° 7

> Ai Docenti e al personale ATA  
> Ai genitori degli alunni  
> Al sito web e al Registro elettronico  
> e p c al DSGA

**OGGETTO:** Somministrazione dei farmaci salvavita a scuola

## II DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO il protocollo d'intesa di Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005;

VALUTATO che il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci salvavita si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene

## D I S P O N E

che in caso di somministrazione di farmaci salvavita agli alunni si faccia riferimento alla nota comune del 25.11.2005 del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero della Salute, riportata in calce a questo documento, 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. nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal prestare il primo soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia);
5. il Dirigente Scolastico a seguito della richiesta scritta:
  - individua il 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 in parola;
  - verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (preferibilmente 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 personale della scuola che, per ragioni di salute, ha la necessità di assumere farmaci durante la presenza nell'edificio scolastico, devono fare comunicazione riservatamente al Dirigente utilizzando il Modulo 05.

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

**Prof.ssa Matrona De Matteis**

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs  
82/2005

**Moduli collegati:**

**-Mod.01** Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.

**-Mod.02** Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale.

**-Mod.03** Informativa ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003 sottoscritta dal genitore o da chi esercita la potestà genitoriale.

**-Mod.04** Dichiarazione di disponibilità alla somministrazione del farmaco.

**- Mod.05** Dichiarazione personale della scuola per auto somministrazione farmaci.

**-Mod. 06** Prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita

**In allegato**

**Nota comune del 25.11.2005 del Ministero della Pubblica Istruzione** e del Ministero della Salute Raccomandazioni sulla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

**MODULO 01**

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

.  
Il minore  
(Cognome).....(Nome).....

..  
nato il.....a. - - - - -  
- - - - -

.  
residente.....frequentante la classe. - - - - -  
- - - - -

.  
Necessita di:  
**D** somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

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 una particolare sintomatologia, Indicare i sintomi).  
.....  
.....  
.....

- E' 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**

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'IC "Giovanni XXIII di Recale

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

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 classe.....sez..... scuola ..... (infanzia/ primaria/ secondaria I°)

**CHIEDONO**

Che sia somministrato al minore sopra indicato 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 scuola 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.....

Numeri di telefono utili dei genitori: .....

Note La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa 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 o richiesta la prosecuzione (Mod 06) all'inizio del nuovo anno scolastico.

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

DATA.....

IN FEDE (firma genitori/tutori)

.....  
.....

## **Modulo 03**

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)  
INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 **Il Codice** in materia di protezione dei dati personali **garantisce** che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche..
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità : manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità al Ministero della Salute..
- Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'art.7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Cordialmente

**Il Dirigente Scolastico**  
**Prof.ssa Matrona De Matteis**

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005

**Modulo 04**

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente .....

presso la scuola .....

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso..... SI NO

amministrativo formato primo soccorso ..... SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziali per privacy o numero identificativo)

.....della classe ..... Scuola \_\_\_\_\_ Plesso di \_\_\_\_\_

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.

Data - - - - -

FIRMA .....

**Modulo 05**  
**(personale scolastico)**  
Al Dirigente Scolastico  
dell'IC Giovanni XXIII di Recale

**Oggetto: Comunicazione di presenza e somministrazione farmaci in ambito scolastico.**

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di lavoratore della  
scuola ..... in servizio nel plesso.....

**COMUNICA**

- Che, come da prescrizione medica allegata, all' occorrenza deve auto somministrarsi il medicinale citato nella prescrizione.
- Che avrà cura nel non lasciare residui di medicinale, siringhe o altro mezzo per la somministrazione in area scolastica.
- I farmaci restano in custodia del sottoscritto per tutta la durata della terapia.

In fede

Data, - - - - -

Firma.....

**OGGETTO:** prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

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

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S. il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della

somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico \_\_\_\_\_

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno 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.

**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.**

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118***

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Recale, \_\_\_\_\_

I Genitori /tutori

.....  
.....