

### I.I.S. "LEONARDO"

Cod. Mecc.: CTIS053002 - Cod. Univoco: NZ0X06 - C.F.: 92038480874  
www liceoleonardo.edu.it - PEO: ctis053002@istruzione.it - PEC: ctis053002@pec.istruzione.it

**Sede Coordinata "A.M. Mazzei"**  
Convitto Annesso - Azienda Didattica  
Via P. di Piemonte, 92 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136505 - Fax 095 8730472

**Sede Centrale LICEO LEONARDO**  
Via Veneto 91 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136865 - Fax 095 8730475

**Sede Coordinata "Sabin"**  
Corso Europa, 10 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136530



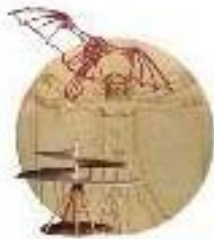
## INDICAZIONI E ITER PROCEDURALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA.

**VISTE** 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," emanate dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (nota prot. n. 2312/Dip/Segr. avente oggetto "Somministrazione farmaci in orario scolastico") d'intesa con il Ministero della Salute

**VISTA** la circolare ministeriale n. 321 del 10 ottobre 2017 avente come oggetto: "Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci indispensabili"

si forniscono alcune indicazioni relative alla somministrazione dei farmaci a scuola.

**Art. 2 – Tipologia degli interventi – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle ASL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di**



### I.I.S. "LEONARDO"

Cod. Mecc.: CTIS053002 - Cod. Univoco: NZ0X06 - C.F.: 92038480874  
www liceoleonardo.edu.it - PEO: ctis053002@istruzione.it - PEC: ctis053002@pec.istruzione.it

**Sede Coordinata "A.M. Mazzei"**  
Convitto Annesso - Azienda Didattica  
Via P. di Piemonte, 92 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136505 - Fax 095 8730472

**Sede Centrale LICEO LEONARDO**  
Via Veneto 91 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136865 - Fax 095 8730475

**Sede Coordinata "Sabin"**  
Corso Europa, 10 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136530

*discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.*

**Art. 3 – Soggetti coinvolti - La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:**

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le ASL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

**Art. 4 – Modalità di intervento – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).**

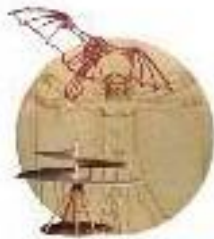
*I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:*

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati.

Il personale docente e ATA deve essere individuato tra coloro i quali abbiano seguito corsi di pronto soccorso ai sensi del decreto legislativo n. 626/94 (successivamente sostituito con n. 81/08) o apposite attività di formazione promosse dagli Uffici Scolastici regionali, anche in collaborazione con le ASL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

Il dirigente scolastico, qualora non vi sia alcuna disponibilità da parte del personale alla somministrazione, può stipulare accordi e convenzioni con altri soggetti istituzionali del territorio o, se tale soluzione non risulta possibile, con i competenti assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato (Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada ...).





### I.I.S. "LEONARDO"

Cod. Mecc.: CTIS053002 - Cod. Univoco: NZ0X06 - C.F.: 92038480874  
www liceoleonardo.edu.it - PEO: ctis053002@istruzione.it - PEC: ctis053002@pec.istruzione.it

**Sede Coordinata "A.M. Mazzei"**  
Convitto Annesso - Azienda Didattica  
Via P. di Piemonte, 92 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136505 - Fax 095 8730472

**Sede Centrale LICEO LEONARDO**  
Via Veneto 91 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136865 - Fax 095 8730475

**Sede Coordinata "Sabin"**  
Corso Europa, 10 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136530

Se nessuna delle soluzioni sopra indicate fosse possibile, il DS allora ne dovrà dare comunicazione alla famiglia e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza, si deve ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso (118).

Per attivare quindi la somministrazione del farmaco in orario scolastico è necessaria la seguente documentazione:

- Richiesta della Famiglia;
- Certificazione medica rilasciata dal Pediatra di Famiglia o dal Medico di Medicina Generale o da un Medico dei Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, che indichi lo stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, indicando se si tratta di farmaco salvavita o indispensabile e se possa essere erogata da personale adulto non sanitario, configurandosi 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.
- Il verbale di consegna alla scuola del farmaco.

Pertanto si invitano i genitori degli studenti, che necessitano della somministrazione del farmaco in orario scolastico, a presentare la modulistica presente in allegato.

I moduli compilati dovranno pervenire, brevi-manu o via mail, presso gli uffici della segreteria didattica entro il 20 settembre 2022.

La modulistica riguarda tre richieste da compilare a cura del genitore:

- 1) La richiesta di somministrazione del farmaco (da compilare a cura del genitore).
- 2) La certificazione medica (da compilare a cura del pediatra di libera scelta o medico di medicina generale).
- 3) Verbale di consegna alla scuola del farmaco (da compilare a cura del genitore).

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico.

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Tiziana D'Anna

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.  
Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa



**I.I.S. "LEONARDO"**

Cod. Mecc.: CTIS053002 - Cod. Univoco: NZ0X06 - C.F.: 92038480874  
www.liceoleonardo.edu.it - PEO: ctis053002@istruzione.it - PEC: ctis053002@pec.istruzione.it

**Sede Coordinata "A.M. Mazzei"**  
Convitto Annesso - Azienda Didattica  
Via P. di Piemonte, 92 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136505 - Fax 095 8730472

**Sede Centrale LICEO LEONARDO**  
Via Veneto 91 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136865 - Fax 095 8730475

**Sede Coordinata "Sabin"**  
Corso Europa, 10 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136530

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. Leonardo  
dott.ssa Tiziana D'Anna

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA  
(da compilare a cura dei genitori)**

I sottoscritti.....genitori di  
..... nato/a a .....  
il..... residente a ..... in via  
.....  
frequentante la classe ..... per l'a.s. ...., essendo il minore  
affetto/a da patologia come da certificazione medica allegata alla presente istanza, constatata  
l'assoluta necessita, alla luce delle delle Linee Guida emanate dai Ministeri dell'Istruzione e della  
Salute in data 25 novembre 2005,

**chiedono**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco come descritto nell'allegata  
prescrizione medica, in cui si illustrano la denominazione del farmaco, posologia, orari, modalità di  
somministrazione rilasciata in data ..... dal

Dott.....

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo  
sanitario, ne l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Indicano i seguenti recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessita collegate

Madre telefono cellulare .....altro telefono

.....

Padre telefono cellulare..... altro telefono

.....

Si impegnano a fornire la scuola del farmaco prescritto, a proprie spese, e a sostituirlo con  
tempistica adeguata alla scadenza del medesimo.

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. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da  
ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Si allega alla presente apposita  
certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.





**I.I.S. "LEONARDO"**

Cod. Mecc.: CTIS053002 - Cod. Univoco: NZ0X06 - C.F.: 92038480874  
www.liceoleonardo.edu.it - PEO: ctis053002@istruzione.it - PEC: ctis053002@pec.istruzione.it

**Sede Coordinata "A.M. Mazzei"**  
Convitto Annesso - Azienda Didattica  
Via P. di Piemonte, 92 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136505 - Fax 095 8730472

**Sede Centrale LICEO LEONARDO**  
Via Veneto 91 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136865 - Fax 095 8730475

**Sede Coordinata "Sabin"**  
Corso Europa, 10 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136530

A tal fine i sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

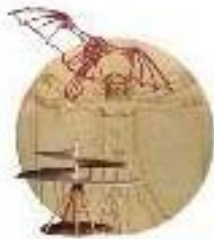
I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data: .....

Firma dei genitori o di chi esercita la genitorialità

la madre .....

il padre .....



**I.I.S. "LEONARDO"**

Cod. Mecc.: CTIS053002 - Cod. Univoco: NZ0X06 - C.F.: 92038480874  
www.liceoleonardo.edu.it - PEO: ctis053002@istruzione.it - PEC: ctis053002@pec.istruzione.it

**Sede Coordinata "A.M. Mazzei"**  
Convitto Annesso - Azienda Didattica  
Via P. di Piemonte, 92 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136505 - Fax 095 8730472

**Sede Centrale LICEO LEONARDO**  
Via Veneto 91 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136865 - Fax 095 8730475

**Sede Coordinata "Sabin"**  
Corso Europa, 10 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136530

**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 e constatata l'assoluta necessita si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome..... Nome.....

nato/a a ..... il ..... residente a

..... in via.....

frequentante la classe ..... dell' I.I.S. Leonardo

affetto/a da .....

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

.....

Modalità di somministrazione.....

Dose.....

.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Tempi della somministrazione o illustrazione dei sintomi percepibili che ne indicano la necessita

.....

.....

.....

.....

Specifici accorgimenti da mettere in atto da parte dell'adulto presente:

.....

.....

.....

note

.....

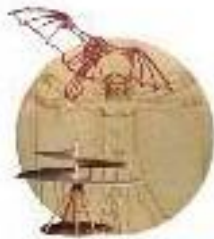
.....

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario, nè l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra





**I.I.S. "LEONARDO"**

Cod. Mecc.: CTIS053002 - Cod. Univoco: NZ0X06 - C.F.: 92038480874  
www.liceoleonardo.edu.it - PEO: ctis053002@istruzione.it - PEC: ctis053002@pec.istruzione.it

**Sede Coordinata "A.M. Mazzei"**  
Convitto Annesso - Azienda Didattica  
Via P. di Piemonte, 92 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136505 - Fax 095 8730472

**Sede Centrale LICEO LEONARDO**  
Via Veneto 91 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136865 - Fax 095 8730475

**Sede Coordinata "Sabin"**  
Corso Europa, 10 - Giarre (CT)  
Tel. 095 6136530

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO**

(da inserire nel fascicolo personale dello studente di cui in oggetto)

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)

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 \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_, consegna al Dirigente Scolastico un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda ASL \_\_\_\_\_

medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nella certificazione medica nel seguente luogo: \_\_\_\_\_ con le seguenti modalità:

\_\_\_\_\_

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data .....

Firma