



I. C. “ANDREA CAMILLERI”
Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo Musicale
VIA F. COMPAGNA, 18- 92026 FAVARA (AG)
TEL. 0922-415965/070123 C.F. 93062340844
Cod. Univoco UFFIHE
agic85800g@istruzione.it PEC: agic85800g@pec.istruzione.it
<https://www.icandreacamilleri.edu.it/>

REGOLAMENTO

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

ANNO SCOLASTICO 2025-2026

Approvato nella seduta del Collegio dei docenti del 30/09/2025 e con
delibera n. 55 della seduta del Consiglio di Istituto del 9/10/2025

In riferimento alla “Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI”,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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”, per la tutela del diritto allo studio degli studenti, 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 l’omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;

TENUTO CONTO

- che la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuti l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la Scuola (orario scolastico);
- che a Scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

DISPONE

l'adozione del seguente Regolamento contenente il protocollo per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico

Si fa presente che il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno:

- Sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare il farmaco (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).
- Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.

L'adozione delle misure prescritte in questo protocollo e l'osservanza di quanto concordato tra i soggetti coinvolti solleva il personale da ogni responsabilità civile e penale.

ART. 1 – CAMPO DI INTERVENTO

1. 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 discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.
2. In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità (**farmaco indispensabile o salvavita**) come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute.
3. Durante l'orario scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire in altro momento e la cui omissione può causare danni alla salute dell'allievo.
4. Il genitore o tutore legale, nell'interesse del proprio figlio, è tenuto a segnalare tempestivamente qualsiasi patologia in atto che potenzialmente possa determinare una situazione di emergenza.

ART. 2- SOGGETTI COINVOLTI

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno dei soggetti sottoelencati, 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. 3 – MODALITA' D'INTERVENTO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico e nei locali scolastici deve seguire la procedura indicata dalle Linee guida sopramenzionate

1. **I GENITORI** degli alunni o gli esercenti la potestà genitoriale che FANNO RICHIESTA DELLA SOMMINISTRAZIONE FARMACO DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO **DEVONO**:
 - **sottoscrivere una richiesta formale** con cui autorizzano il personale della scuola, che si renderà disponibile, all'incarico di somministrazione del farmaco, utilizzando il modulo appositamente predisposto (**ALL. A “Richiesta di somministrazione farmaci nei locali ed in orario scolastico”**);
 - e
 - **allegare alla richiesta sopramenzionata apposita certificazione** medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere: conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia (**ALL. A1 “Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e Piano terapeutico”**)
2. **I GENITORI** degli alunni (o gli esercenti la potestà genitoriale) che FANNO RICHIESTA DI ACCESSO AI LOCALI DELLA SCUOLA DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO AL PROPRIO FIGLIO **DEVONO**:
 - **sottoscrivere una richiesta formale**, utilizzando il modulo appositamente predisposto (**ALL. A2 “Richiesta accesso ai locali per somministrazione farmaco”**)
 - e
 - **allegare alla richiesta sopramenzionata apposita certificazione** medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere: conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia (**ALL. A1 “Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e Piano terapeutico”**)
3. **I MEDICI** (la competente ASP di zona o il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale) **DEVONO dichiarare nelle autorizzazioni rilasciate**:
 - stato di malattia dell'alunno
 - prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
 - l'assoluta necessità;
 - la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
 - la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, 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;
 - la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

DEVONO altresì indicare in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

4. **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**, vista la richiesta inoltrata dalla famiglia,

a) **VERIFICA**

-la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci);

-la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la somministrazione dei farmaci; il DS acquisisce tale disponibilità tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo 626/94;

-eventuale esigenza di formazione specifica

b) **ACCETTA** la documentazione precedentemente elencata

c) **INDIVIDUA** il somministratore del farmaco:

- dapprima tra il personale scolastico;
- qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non visia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, può individuare altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni;

d) **PUO' RIVOLGERSI** ai servizi o alle associazioni di volontariato, se anche i servizi territoriali non fossero disponibili

e) **E' TENUTO AD ADEMPIERE COMUNICAZIONE FORMALE E MOTIVATA AI GENITORI E AL SINDACO DEL COMUNE DI RESIDENZA DELL'ALUNNO** in difetto di tutte le condizioni sopradescritte.

5. **IDOCENTI DI PLESSO**

Nel caso in cui i genitori degli alunni o gli esercenti la potestà genitoriale abbiano fatto richiesta della somministrazione farmaco da parte del personale scolastico e sia stata accettata da parte del D la documentazione precedentemente elencata:

a) **PREPARANO** un piano di intervento da sottoporre all'approvazione del DS per la somministrazione del farmaco come da moduli allegati

-**ALL.B/1 se si tratta di farmaco salvavita**

-**ALL.C/1 se si tratta di farmaco indispensabile**

b) Ottenuta l'approvazione del piano di intervento da parte del Dirigente scolastico gli insegnanti **PROCEDERANNO A STILARE UN VERBALE** al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

-ALL. B/2 verbale per farmaco salvavita (Prima consegna per nuova terapia)

-ALL. C/2 verbale farmaco indispensabile

- ALL. F verbale per farmaco salvavita (dal secondo anno di consegna del farmaco, senza variazione della terapia rispetto al precedente anno scolastico)

ART. 4 – AUTO-SOMMINISTRAZIONE

- Fermo restando che

la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico da parte del personale può avvenire solo per i farmaci salvavita o indispensabili

e considerato che

il personale scolastico non può somministrare agli alunni farmaci quali colliri, antibiotici, antimicotici, vitamine, antistaminici, sciroppi, ecc.

per casi specifici riguardanti alunni di età inferiore ai 14 anni, d'intesa con l'ASP e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

L'auto somministrazione dei farmaci in orario scolastico da parte di alunni minorenni è consentita solo alle seguenti condizioni :

- L'auto somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta per iscritto dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, con assunzione di responsabilità anche in merito alle modalità di conservazione del farmaco a tutela dell'incolumità dei compagni
- La richiesta deve essere corredata dalla presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere ; l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che: *“il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola”*
- La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.

Si ribadisce che in assenza di tale documentazione e di esplicita autorizzazione del dirigente scolastico, è fatto divieto ad alunni e genitori di introdurre farmaci di qualsiasi tipo a scuola

(ALL. D “ **Richiesta per l'Auto-somministrazione di farmaci**”).

- Resta invariata la procedura che gli insegnanti dovranno sottoporre all'approvazione del Dirigente Scolastico, ovvero: Piano di intervento e verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola.

ART. 5 – 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.

ART. 6 – PROCEDURE

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.

Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

ART. 7– GESTIONE DELLE EMERGENZE

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati per i casi concreti presentatisi, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza. In tali situazioni è obbligatorio fare ricorso al 118, avvertendo contemporaneamente la famiglia dell'alunno.

ART.8- PARTECIPAZIONE A USCITE DIDATTICHE E/O VISITE GUIDATE

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo modalità organizzative che devono essere concordate dai docenti direttamente coinvolti con il Dirigente Scolastico e con la famiglia.

ART.9- NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE

In Allegato:

- **PROCEDURA PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA**
- **All. A) Richiesta di somministrazione farmaci e/o salvavita nei locali ed in orario scolastico**
- **All.A1) Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e piano terapeutico**
- **All.A2) Richiesta accesso ai locali per somministrazione farmaco**
- **All. B1) Autorizzazione piano di intervento per somministrazione farmaco salvavita**
- **All. B2) Verbale consegna farmaco salvavita**
- **All.C1) Autorizzazione piano di intervento per somministrazione farmaco indispensabile**
- **All.C2) Verbale consegna farmaco indispensabile**
- **All D) Richiesta genitori per auto-somministrazione**
- **All.E) Scheda riepilogativa degli eventi critici**
- **All.F) Verbale consegna farmaco salvavita (dal secondo anno di consegna**
- **All.G) Richiesta di somministrazione/autosomministrazione farmaco salvavita e/o indispensabile durante una visita guidata/gita scolastica**
-

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA:

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare nei casi come da certificazione medica già consegnata in segreteria. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta 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.

Nel caso dovesse presentarsi l'evento indicato in certificazione medica il personale della scuola interverrà attuando il seguente **PIANO DI AZIONE:**

COMPORTAMENTI 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 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.

☐ una persona per la somministrazione: - accudisce lo studente, - 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 lo studente e chiama il collaboratore scolastico
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta gli studenti in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno e 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 soccorre lo studente
- b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri alunni in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno somministra il farmaco
- d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

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

¹ - La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

(A cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI E/O SALVAVITA NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

I sottoscritti.....

- ☐ genitori
- ☐ esercenti la potestà genitoriale

di.....nato/a a il
residente a in

via n..... frequentante la classe..... della

- ☐ Scuola dell'infanzia
- ☐ Scuola Primaria
- ☐ Scuola Secondaria I grado

sita a.....in Via
n..... ,

essendo il minore affetto da..... e constatata
l'assoluta necessità, con la presente

CHIEDONO

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

A tal fine

AUTORIZZANO

il personale della scuola, individuato dal Dirigente e reso disponibile, a somministrare 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 a comunicare tempestivamente e a 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, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria (All.A1)

Luogo il.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante:.....

Genitori

(a cura del Pediatra/medico di libera scelta; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**

Il minore Cognome Nome

nato il a residente a

in via/piazza n.

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in

urgenza/emergenza.....
.....
.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco:.....

Fornire qui di seguito le informazioni necessarie alla somministrazione del farmaco

- Modalità di somministrazione :
- Modalità di conservazione:
- Durata della terapia(fino a diversa comunicazione) : dal.../.../... al .../.../...
- Dose, prima/dopo i pasti, orario:.....
.....

Eventuali note:

.....
.....

Luogo e data _____

Timbro e firma del Pediatra/MMG

RICHIESTA ACCESSO AI LOCALI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO

Al Dirigente scolastico
I.C. "A. CAMILLERI"

Oggetto: Richiesta autorizzazione accesso ai locali per somministrazione farmaco

1.1 Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____;
e _____

1.2 Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____;

(inserire i dati di entrambi i genitori esercenti la potestà genitoriale, nel caso di famiglia monogenitoriale compilare solo 1.1)

- o Genitore
- o Esercente la potestà genitoriale

dell'alunno/ _____ nato a _____
_____ il _____, frequentante la classe/sezione _____

della

- o Scuola dell'Infanzia
- o Scuola Primaria
- o Scuola Secondaria I grado

CHIEDONO

- ☐ di poter accedere
- ☐ poter far accedere suo delegato, sig./sig.ra _____

ai locali scolastici durante l'orario scolastico
nei giorni _____ nel seguente orario _____

in occasione di emergenza medica causata dalla patologia riportata nella certificazione medica per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata

autorizzazione medica.

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori o esercenti la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

medico curante: _____

genitori: _____

In fede

, _____

Firma dei genitori/es. potestà genitoriale

AUTORIZZAZIONE PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

all'alunno/a.....frequentante la classe

scuola.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig.....per il/la

figlio/a..... relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente

Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nel piano di azione allegato al

Regolamento:

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:⁴

.....
.....

Favara, il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

Il Dirigente Scolastico

All B2

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "A. Camilleri"

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(Prima consegna farmaco per nuova terapia)

Il/la sottoscritto/a..... genitore dell'alunno
..... frequentante la classe

della scuola consegna agli operatori scolastici il farmaco
salvavita..... da somministrare all'alunno/a in caso
di..... nella dose e da
certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data
..... dal Dr.

Il genitore:

***provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà
terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento***

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

.....

.....

Luogo e Data il

I genitori

Il Dirigente Scolastico

.....

AUTORIZZAZIONE PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO
INDISPENSABILE

all'alunno/a frequentante la classe della
Scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig. per il/
la figlio/a....., relativa alla somministrazione del farmaco
indispensabile il dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di
intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del
medicinale da somministrare ogni giorno alle ore all'alunno/a
nella dose di..... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e
allegata in copia alla presente

- a. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il
medicinale sarà terminato².
- b. Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale
che effettuerà la somministrazione³:

.....
.....

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:⁴

.....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Firma per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

Il Dirigente Scolastico

Favara,

² Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

³ Indicare il luogo della custodia

⁴ Indicare il nominativo dell'insegnante incaricata e le eventuali sostituzioni

All. C2

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "A. Camilleri"

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

Alunno/a

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

la/il Sig. genitore
dell'alunno/a, ...

Frequentante _____ la _____ classe.....sez..... della
scuola _____ , consegna agli insegnanti di classe un flacone nuovo ed
integro del medicinale da somministrare all'alunno/a ogni
giorno alle ore nella dose..... come da certificazione medica consegnata in segreteria
e in copia allegata alla presente, rilasciata in data.....dal Dr.....

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

FAVARA,

Il genitore

Gli insegnanti

Ail.D

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "A. Camilleri"

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)
RICHIESTA PER L'AUTO- SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti genitori o esercenti
la potestà genitoriale di....., nato a
il..... residente a in via
.....frequentante la classe..... della Scuola
....., essendo il minore affetto da
..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono la
possibilità che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica prevista da piano
terapeutico con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data
..... dal Dr.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e
penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili
sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

☐ sì

☐ no

Luogo e Data.....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante-----

Genitori-----

All. E

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "A. Camilleri"

(a cura degli operatori scolastici)

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI

(Relativa alla somministrazione dei "farmaci salvavita") VERIFICATESI

NELL'ANNO SCOLASTICO_____

NELL'ISTITUTO SCOLASTICO_____

[illegible]

All. F

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "A. Camilleri"

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(DAL SECONDO ANNO DI CONSEGNA)

(dal secondo anno di consegna del farmaco, senza variazione della terapia rispetto al precedente anno scolastico)

Il/la sottoscritto/a..... genitore
dell'alunno.....frequentante la classe..... della
scuola consegna agli operatori scolastici
il.....farmaco salvavita..... da
somministrare all'alunno/a in caso di.....
..... nella dose.....secondo il piano
di azione inviato agli Uffici di segreteria di codesto istituto nell'a.s. con protocollo
..... Si allega alla presente certificazione medica, rilasciata
in data dal Dr, attestante che nessuna
variazione è stata effettuata in merito alla somministrazione del farmaco salvavita rispetto all'a.s.
precedente.

Il genitore:

***provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà
terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di traGamento***

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

.....

.....

Luogo e Data il

I genitori

ALL.G

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "A. Camilleri"

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA
E/O INDISPENSABILE DURANTE UNA VISITA GUIDATA/GITA SCOLASTICA**

I sottoscritti

genitori di nato a il

residente a in via

n. frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/S.S.I.G. plesso scolastico.

.....essendo il minore affetto dalla seguente patologia

..... , constatata l'assoluta necessità e
consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie con la presente

chiedono che

- ☐ al/la proprio/a figlio/a sia/siano somministrato/i durante la visita guidata/gita scolastica, prevista per il giorno.....da parte del personale non sanitario , il/i farmaco/i **indispensabile/i o salvavita** previsto/i dal Piano terapeutico allegato in data _/_/____ dal dott./dott.ssa
_____;

(indicare il nome del/dei farmaco/farmaci) nel momento
del bisogno (indicare quando).....
con la seguente modalità

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

Sarà nostra cura consegnare al/le docente/i la mattina stessa della visita guidata/gita scolastica il/i farmaco/i integro/i, che verrà/verranno riconsegnato/i ai sottoscritti al termine della visita/gita stessa.

- ☐ il/la proprio/a figlio/a si autosomministri durante la visita guidata/gita scolastica, con la vigilanza del personale scolastico, prevista per il giorno....., il/i farmaco/i **indispensabile/i o salvavita** previsto/i dal Piano terapeutico allegato in data _/_/____ dal dott./dott.ssa
_____;

(indicare il nome del/dei farmaco/farmaci) nel momento
del bisogno (indicare quando).....

con la seguente modalità

I sottoscritti, inoltre, sono 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.

Sarà nostra cura consegnare al/le docente/i la mattina stessa della visita guidata/gita scolastica il/i farmaco/i integro/i, che verrà/verranno riconsegnato/i ai sottoscritti al termine della visita/gita stessa.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo Statale "Rosario Livatino" di Ficarazzi 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 di Ficarazzi 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. Mario Veca dell'Istituto Comprensivo "Rosario Livatino" di Ficarazzi (PA).

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).

Data,

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....