

**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE
"CIPOLLA – PANTALEO - GENTILE"**

P.le Placido Rizzotto ■ Tel. 0924-901344

- Posta certificata: TPIS032001@pec.istruzione.it Sito web: www.liceicastelvatrano.edu.it

- E-mail Ministeriale: TPIS032001@istruzione.it

C.F. 90021080818 91022 CASTELVETRANO (TP)

➤ **Ai Sigg.ri Docenti**

➤ **Agli alunni**

➤ **Ai genitori
POLO LICEALE**

OGGETTO: somministrazione farmaci salva vita o indispensabili a scuola.

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda che è assolutamente vietato somministrare a scuola farmaci salvavita o indispensabili senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. In caso di tali necessità la famiglia deve presentare domanda scritta al Dirigente Scolastico e allegare una specifica prescrizione del medico curante, usando, rispettivamente i moduli 1 e 2, allegati alla presente, predisposti dalla scuola e da compilare, rispettivamente, dai Genitori e dal medico curante. L'assistenza richiesta per la somministrazione non deve comportare il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica, ma rientra in un protocollo stabilito dal medico la cui omissione può causare danni alla persona. In casi particolari l'assistenza può essere supportata da un'apposita formazione riguardante il caso specifico.

Il modulo 1, da compilare a cura delle famiglie, prevede che i genitori possono chiedere la somministrazione di farmaci salvavita o indispensabili in orario scolastico tramite le seguenti modalità:

1. Somministrazione diretta da parte dei genitori o di persone da essi delegate (allegare alla richiesta nominativi e copia dei documenti di identità delle persone delegate)
2. Richiesta che il personale della scuola si faccia carico di tale mansione

È necessario segnalare che il personale della scuola può offrire la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci ma non può esserne obbligato in alcun modo.

In ogni caso, in situazioni di emergenza il personale della scuola chiamerà immediatamente le persone che abbiano dato la propria disponibilità (genitori, parenti, medico curante, medici di base del Comune) o, qualora se ne ravvisi la necessità, allenteranno il servizio di emergenza 118.

Nel modulo 2 il medico, nel rilascio della prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola, attesterà:

1. l'assoluta necessità di somministrazione del farmaco in orario scolastico;

2. tempi, posologia, modalità di somministrazione e di conservazione dei farmaci;
3. la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Anche i genitori che hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a richiedere la somministrazione di farmaci salvavita durante l'orario scolastico sono tenuti a rinnovare la richiesta per il nuovo anno scolastico usando i moduli 1 e 2 allo scopo predisposti.

I genitori interessati sono invitati a inviare i moduli, entro il 30 settembre 2026, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori.

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.

Il Dirigente Scolastico

Ing. Leonardo Mangiaracina

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3 c.2 del D.Lgs 39/93

Modulo 1: compilazione a cura dei detentori la responsabilità genitoriale

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita o indispensabile

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via
n. frequentante la classe della Scuola essendo il
minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare
orario scolastico

chiedono che

☐ al/la proprio/a figlio/a sia consentita l'autosomministrazione del farmaco avendo questi età,
esperienza ed addestramento adeguati

(oppure)

☐ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non
sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal
dott./dott.ssa _____ ed allegato alla presente;

(oppure)

☐ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della
somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto
dal dott./dott.ssa _____ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente
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.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....
.....

Eventuale:

II/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....
Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

**OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco
INDISPENSABILE/SALVAVITA (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di
Medicina Generale (MMG))**

L'alunno/alunna:

Cognome Nome Nato il
a Residente a in via/piazza
..... n.civico affetto dalla
seguente patologia:.....
.....

necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del **personale non
sanitario**, del seguente

☐ **FARMACO SALVAVITA**

☐ **FARMACO INDISPENSABILE**

Per farmaco SALVAVITA (da usare in caso di emergenza)

Nome commerciale del farmaco:

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco:

Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

Dose di somministrazione del farmaco:

Modalità di somministrazione del farmaco:

Modalità di conservazione del farmaco:

Note:

Per farmaco INDISPENSABILE (da assumere regolarmente)

Nome commerciale del farmaco:

.....

Dose di somministrazione del farmaco:

.....

Modalità di somministrazione del farmaco:

.....

Modalità di conservazione del farmaco:

.....

Note:

.....

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento): ☐ SI ☐ NO

☐ Si certifica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni o perizie tecniche specialistiche di tipo sanitario e può essere effettuata da personale non sanitario.

☐ Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione

Luogo e data _____

Timbro e firma del PLS/MMG
