



ISTITUTO COMPRENSIVO "TERESA MATTEI"

Via del Pratello, 15 - 50012 BAGNO A RIPOLI (FI) - tel. 055-630084 -

e-mail: [FIIC84500A@istruzione.it](mailto:FIIC84500A@istruzione.it) – [FIIC84500A@pec.istruzione.it](mailto:FIIC84500A@pec.istruzione.it)

Cod. Fisc. 94173870489 – Cod. Mecc. FIIC84500A sito web: [www.icmattei.edu.it](http://www.icmattei.edu.it)

Bagno a Ripoli, 29/09/2023

Circolare n. 29

ISTITUTO COMPRENSIVO - "TERESA MATTEI"-BAGNO A RIPOLI  
Prot. 0007984 del 29/09/2023  
V-7 (Uscita)

Ai Genitori  
Ai docenti Coordinatori  
Ai Referenti di Plesso  
Al personale ATA  
Al DSGA  
Ai genitori degli alunni interessati

**Oggetto: Somministrazione farmaci agli alunni in orario scolastico.**

In base all'accordo tra il Ministero della Pubblica Istruzione ed il Ministero della Salute, prot. 2312/Dip/Segr del 25-11-2005 e seguenti deliberazioni della Giunta Regione Toscana relativa all'oggetto, si definiscono le linee guida finalizzate all'assistenza degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico al fine di tutelare il diritto allo studio, alla salute e al benessere di tutta la comunità scolastica.

- 1) I **genitori** sono tenuti a compilare **formale richiesta scritta** per la somministrazione di farmaci per malattie croniche e/o salvavita per i propri figli in orario scolastico (allegato 2); inoltre **devono documentare** tale necessità con certificato medico che **indichi chiaramente** il nome del farmaco, le modalità e i tempi di somministrazione, la posologia e l'esatta conservazione e le conseguenze di una inadeguata somministrazione (certificazione medica e piano terapeutico);
- 2) I **docenti e/o il personale ausiliario** dovranno dichiarare la loro disponibilità, anche se non è richiesto il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, ed **indicare il luogo della conservazione, della custodia e del possibile luogo della somministrazione del farmaco;**
- 3) I **genitori sono tenuti a fornire delega** con dichiarazione di esonero della scuola da eventuali responsabilità che derivino dalla somministrazione del farmaco. (allegato "Farmaci a Scuola")
- 4) **USL, Genitori, docenti e personale ausiliario concordano e sottoscrivono "Il Piano d'Intervento Personalizzato"**

**L'accordo va rinnovato annualmente o comunque ogni volta che variano le condizioni di salute.**

Si sottolinea che i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli alunni solo nei casi autorizzati dai genitori e soltanto in caso di assoluta necessità.

Si ricorda che nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al **Servizio Territoriale di Emergenza 112** (avvertendo contemporaneamente la famiglia), altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso; **IN TALI CASI I GENITORI AUTORIZZANO A CHIAMARE L'AMBULANZA DEL 112**

Il Dirigente Scolastico  
(Prof.ssa Amalia Bergamasco)  
Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I Allegato 2 NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....

Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

Genitore dello studente/essa ....., (oppure)  Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure)  Studente/essa maggiorenne

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

in Via ....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto

..... sito in Via ..... Cap .....

Località ..... Provincia .....

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ..... /dal Dott. ...., in data .../.../.....;

### CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

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

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

Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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.

Numeri di telefono:	famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

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

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

In fede,

Luogo

Data

(1) Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

"FARMACI A SCUOLA"

IL sottoscritto ..... genitore (o chi ne fa le veci)  
(cognome — nome)

Dello studente .....  
cognome — nome)

frequentante la classe ... sez ...

della scuola .....

sita a ..... in via..... prov.....

*DICHIARA*

che il/la figlio/a deve assumere il/i farmaco/i, come da certificazione medica allegata, durante lo svolgimento delle lezioni scolastiche nel seguente orario:

**AL BISOGNO:**

A tal fine il sottoscritto genitore

*CHIEDE*

il supporto del personale della scuola

- |   |  |    |    |
|---|--|----|----|
| 1 | nella somministrazione del farmaco.....                      | SI | NO |
| 2 | nella vigilanza durante la somministrazione del farmaco..... | SI | NO |

*ED ESONERA*

il personale che si rende disponibile da qualunque conseguenza da ciò derivante

Firma del GENITORE o di chi ne fa le veci

.....

Firma del medico