



ISTITUTO COMPRENSIVO di RASTIGNANO

via Marzabotto, 35 - 40067 RASTIGNANO Frazione di Pianoro (BO)

Tel. 051 626.53.99 - Fax 051 626.54.00

Cod. Mecc. BOIC82900A - C.F. 91201320370

www.icrastignano.it e-mail [boic82900a@istruzione.it](mailto:boic82900a@istruzione.it)

PEC: [boic82900a@pec.istruzione.it](mailto:boic82900a@pec.istruzione.it)

COMUNICATO n. 10

Rastignano, 18/09/2018

Alle Famiglie degli alunni dell'Istituto  
tramite sito web

Al DSGA

Al personale di Segreteria

A tutto il personale docente e ATA

Oggetto: Istruzioni in merito a “Somministrazione farmaci a scuola”

Considerato che con delibera della Giunta Regionale n. 166/2012 del 20 febbraio 2012 sono state adottate le *“Linee di indirizzo per la definizione di intese provinciali inerenti la somministrazione di farmaci a minori in contesti extrafamiliari, educativi o scolastici in Emilia Romagna”*, si allega alla presente la nota protocollo PG0097854/2015 *“Indicazioni igienico – sanitarie per le scuole del Distretto di San Lazzaro di Savena”* relativa all’anno scolastico 2018/2019.

Si comunica che i modelli da mandare sono disponibili in segreteria per la richiesta da parte delle famiglie alla somministrazione (All. A), la dichiarazione di disponibilità del personale scolastico alla somministrazione (All. B), l’accordo tra scuola e famiglia per la modalità di conservazione e dell’ubicazione del farmaco, gli orari della somministrazione e l’eventuale accesso alle sedi scolastiche da parte dei genitori o delegati (All. C) e il Registro individuale per la somministrazione dei farmaci e attività a supporto di alcune funzioni vitali (All. D).

Si invita all’attenta lettura del protocollo allegato in cui si forniscono le indicazioni operative qui riassunte.

1. La competenza nella gestione delle procedure è della Segreteria alunni, cui vanno inoltrate le domande da parte dei genitori.
2. La somministrazione di farmaci in orario scolastico è un diritto dell’alunno ma non un obbligo da parte del personale scolastico. Conseguentemente, presupposto indispensabile perché venga autorizzata detta somministrazione è la richiesta/dichiarazione di disponibilità del personale disposto a provvedere; a tale proposito si favorisce il costante aggiornamento del personale.
3. Con riferimento alla somministrazione dei farmaci salvavita la formazione specifica deve essere curata dalla Pediatria di Comunità, con riferimento ad altri farmaci verrà autorizzato il personale disponibile.
4. Qualora non sia possibile la somministrazione da parte di personale scolastico, volontario e formato, sarà possibile autorizzare i genitori (o fiduciari dei genitori debitamente delegati) degli alunni che ne hanno bisogno ad accedere alla scuola durante le attività perché possano provvedere direttamente.

5. La documentazione dell'autorità sanitaria deve indicare precisamente:
  - Generalità dell'alunno
  - Nome del farmaco
  - Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione quotidiano e/o al bisogno del farmaco
  - Dosi, orario, modalità della somministrazione e modalità di conservazione del farmaco
  - Durata della terapia
  - La capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione.
6. La domanda dei genitori dovrà essere formulata sul modello predisposto dall'Istituto (all.A)
7. La disponibilità, a titolo volontario e comunque non obbligatoria, del personale scolastico unitamente all'autorizzazione da parte del Dirigente o di un suo delegato dovrà essere rispettivamente dichiarata ed espressa nel progetto di intervento predisposto (all.B)
8. Ogni specifica esigenza (quale, a mero titolo di esempio, la modalità di conservazione del farmaco, eventuale allestimento di locali destinati, orari di accesso di eventuale personale estraneo alla scuola, ecc.) dovrà essere prevista in apposito accordo scuola/famiglia (all.C )
9. La famiglia si assume la specifica responsabilità di fornire il prodotto medico e di sostituirlo tempestivamente in caso di scadenza.
10. L'autorizzazione da parte della Dirigenza della scuola non potrà comunque avere durata superiore all'anno scolastico; conseguentemente in caso di necessità ogni anno dovranno essere formulate nuove richieste e concesse nuove autorizzazioni.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Daniela Turci

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi

E per gli effetti dell'art.3, c.2 D.Lgs n. 39/93

ALLEGATO A

Richiesta di somministrazione Farmaci  
in orario e ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC di Rastignano  
Via Marzabotto, 35  
40067 Rastignano –BO-

Il/la sottoscritto/a 1.....  
Esercente la potestà parentale sul minore 2.....  
.....in qualità di 3.....  
residente in .....  
frequentante 4 la classe.....plesso.....  
Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è  
obbligato alla somministrazioni di farmaci agli alunni, informato sulle procedure vigenti in codesta  
scuola in tale materia, stante la necessità di provvedere al bisogno/quotidianamente alla  
somministrazione del farmaco 5:  
....., come da allegata documentazione sanitaria  
CHIEDE 6

A. di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco, specificando che tale richiesta  
viene avanzata, oltre che per lo scrivente, anche per 7

.....

B. che si proceda alla somministrazione del farmaco in orario scolastico, secondo le indicazioni  
mediche allegate, da parte del personale scolastico.

Per ogni necessità fornisco i seguenti numeri telefonici 8:

.....  
.....

Si consente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgvo 196/2003

In fede

Data

Firma

- 
- 1      Indicare nome e cognome del richiedente  
2      Indicare nome e cognome del minore  
3      Indicare se genitore o tutore  
4      Indicare precisamente classe, plesso, ordine di scuola ( es. III sez A, plesso Scuola secondaria di primo grado)  
5      Indicare il nome commerciale del prodotto (che deve essere identico a quello riportato nella documentazione sanitaria)  
6      Cancellare in maniera evidente la parte che NON interessa  
7      Indicare generalità delle persone eventualmente delegate. (Non è necessario delegare qualcuno, ma in caso lo si faccia occorre indicare anche il loro documento di riconoscimento)  
8      Indicare i numeri telefonici di immediata reperibilità dei genitori

ALLEGATO B



ISTITUTO COMPRENSIVO di RASTIGNANO

via Marzabotto, 35 - 40067 RASTIGNANO Frazione di Pianoro (BO)

Tel. 051 626.53.99 - Fax 051 626.54.00

Cod. Mecc. BOIC82900A - C.F. 91201320370

www.icrastignano.gov.it e-mail [boic82900a@istruzione.it](mailto:boic82900a@istruzione.it)

PEC: [boic82900a@pec.istruzione.it](mailto:boic82900a@pec.istruzione.it)

ANNO SCOLASTICO 2018/19

SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA – PROGETTO INTERVENTO

Alunno: \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ classe/sez. \_\_\_\_\_

Recapiti famiglia: \_\_\_\_\_

Preso atto dell'AUTORIZZAZIONE rilasciata dall'AUSL, si costituisce il gruppo disponibile agli interventi previsti e si individuano i seguenti insegnanti e il personale collaboratore:

Docenti della classe:	Collaboratori scolastici :
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Nei casi disposti dal Medico dell'AUSL**, così come descritto nell'autorizzazione allegata al presente progetto di intervento, **il gruppo indicato è incaricato a somministrare il farmaco**, al momento del bisogno.

L' AUSL si impegna a coordinare l'attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici succitati. (Recapito medico AUSL: San Lazzaro 051.6224 111; Pianoro 051.776050).

☐ resta prescritto la comunicazione alla famiglia e il ricorso al Servizio Nazionale di Pronto Soccorso - 118 - nei casi in cui non sia possibile applicare il protocollo terapeutico o questi risultati inefficace.

Rastignano, \_\_\_\_\_

**Per formale accettazione:**

firma:

Insegnanti: \_\_\_\_\_,

Firma:

Collaboratori Scolastici: \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Daniela Turci

## ALLEGATO C

### MODALITÀ Somministrazione Farmaci in orario e ambito scolastico 9

In relazione alla somministrazione all'alunno.....del/i farmaco/i  
..... indicato/i dalla documentazione sanitaria depositata, si ritiene  
opportuno, in aggiunta a quanto definito dalla Pediatria di Comunità, specificare quanto segue.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data.....

I genitori 10

Cognome e Nome	Documento tipo e n.	Telefono	Firma

Il coordinatore di plesso 11

.....

I fiduciari della famiglia e/o genitori che verranno a scuola ad effettuare la somministrazione12

Cognome e Nome	Documento tipo e n.	Telefono	Firma

---

9———La predisposizione del presente accordo è necessaria qualora a somministrare il farmaco siano i familiari o loro delegati. Può semplicemente rinviare a quanto indicato nel certificato dell'ASL. Qualora sia opportuno, va invece dettagliatamente prevista tutta la casistica possibile sia relativamente all'accesso di estranei, sia orari e modalità di somministrazione, sia a modalità di conservazione del farmaco qualora richieda particolari condizioni.

10      Firma necessaria

11      Firma necessaria

12      Firma necessaria per ammettere a scuola, occorre indicazione del documento di riconoscimento



ISTITUTO COMPRENSIVO di RASTIGNANO

via Marzabotto, 35 - 40067 RASTIGNANO Frazione di Pianoro (BO)

Tel. 051 626.53.99 - Fax 051 626.54.00

Cod. Mecc. BOIC82900A - C.F. 91201320370

www.icrastignano.it e-mail [boic82900a@istruzione.it](mailto:boic82900a@istruzione.it)

PEC: [boic82900a@pec.istruzione.it](mailto:boic82900a@pec.istruzione.it)

## **Registro individuale per la somministrazione dei farmaci / attività a supporto di alcune funzioni vitali**

Da Settembre..... A Giugno .....

SCUOLA/PLESSO .....

Indirizzo .....

Nome e Cognome dell'allievo/a:.....

Tipo di somministrazione (occasionale, quotidiano, di emergenza):.....

Nome del farmaco: .....

Scadenza: .....

Luogo di conservazione: .....

**Alunno/a:** \_\_\_\_\_

**Classe/sezione per la scuola dell'infanzia/primaria/secondaria**\_\_\_\_\_[illegible]

