



## ISTITUTO di ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE “MAJORANA - GIORGI”

VIA SALVADOR ALLENDE 41 16138 GENOVA TEL. 0108356661 FAX 0108600004

VIA TIMAVO 63 16132 GENOVA TEL. 010 393341 FAX 010 3773887

CODICE ISTITUTO: GEIS018003 - <https://www.majorana-giorgi.edu.it/> - [geis018003@istruzione.it](mailto:geis018003@istruzione.it)

LICEO delle SCIENZE APPLICATE

INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI – ELETTROTECNICA, ELETTRONICA, AUTOMAZIONE – MECCANICA & MECCATRONICA

Comunicazione n.5 del 18 settembre 2020

Alle classi  
Alle famiglie  
Al personale docente e ATA  
Al Direttore S.G.A.

### OGGETTO: Somministrazione di farmaci in orario scolastico

Frequentemente accade che alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

Con la nota n. 2312 del 25.11.2005 il Ministero dell’Istruzione, d’intesa con quello della Salute, ha emanato 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 tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all’interno della struttura scolastica”.

I farmaci a scuola possono essere somministrati agli alunni (minorenni) solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità e, soprattutto, se risulterà indispensabile durante l’orario scolastico.

All’interno del contesto sopra delineato assume particolare rilevanza la Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche. Tale somministrazione prevede i seguenti passaggi:

- a. Richiesta formale da parte della famiglia a fronte di un certificato medico attestante lo stato di malattia aggiunto alla richiesta di autorizzazione, sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà, contenente in modo chiaramente leggibile **nell’ALLEGATO MODULO Didattica (disponibile anche sul sito web – sezione MODULISTICA - FAMIGLIE) da consegnare in Vicepresidenza o Segreteria**, senza possibilità di equivoci e/o errori:  
*nome e cognome dell’alunno, 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.*
- b. Verifica del Dirigente Scolastico della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti e collaboratori scolastici) che possono essere individuati tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso o debitamente formato dall’Istituzione scolastica, anche attraverso corsi in rete con altre enti formativi.
- c. Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Solo dopo questi tre passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto **che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento.**

Si ricorda, infine, che nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere di portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al **Numero Unico per l’emergenza 112**, avvertendo contestualmente la famiglia.

Il Dirigente Scolastico (Renzo Ballantini)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3 comma 2 del D.lgs n. 39/93

**Allegato n.1 - MODULO DI RICHIESTA**

per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico, in caso di alunno/a minorenni  
(consegnare in Vicepresidenza e/o Segreteria Didattica)

Al Dirigente Scolastico dell'IISS Majorana-Giorgi

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) \_\_\_\_\_  
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
che frequenta la classe \_\_\_\_\_ del corso \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a mio/mia figlio/a come da **Certificazione Medica** allegata

(oppure)

- che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco \_\_\_\_\_  
come da **Certificazione Medica** allegata, nella piena consapevolezza che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

- che a mio/a figlio/a sia somministrato, in caso di necessità e urgenza il farmaco salvavita \_\_\_\_\_  
come da **Certificazione Medica** allegata, nella piena consapevolezza che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

Contestualmente alla presente richiesta consegno nella mani di \_\_\_\_\_ il  
farmaco \_\_\_\_\_

impegnandomi all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli  
stessi.

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 lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o  
della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente  
informato e formato per una gestione corretta della procedura.

Numeri di telefono utili: \_\_\_\_\_ famiglia / medico / \_\_\_\_\_

Genova, \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ (1)

FIRMA \_\_\_\_\_ (1)

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

Genova, \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Firma<sup>(1)</sup> di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da  
sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

(1) Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori  
(cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/06), altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare  
alla scuola eventuali variazioni dell'affido.

Genova, \_\_\_\_\_ FIRMA PER RICEVUTA (personale scolastico): \_\_\_\_\_