

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

**IIS G. Galilei - R. Luxemburg**

MIIS07700L - MITF077015 - MIRC07701G - MIRI077018

20148 Milano Via Paravia, 31 - tel. 0240091762 - fax 0240090183

**Sede G. Galilei** 20148 Milano Via Paravia, 31 - tel. 0240091762 - fax 0240090183  
**Sede R. Luxemburg** 20152 Milano Via degli Ulivi, 6 - tel. 0247997859 - fax 0247997033  
itgalil@tin.it - miis07700l@pec.istruzione.it - www.galileimilano.it



GALILEILUXEMBURG

Circ. n.8

Milano, 22/09/2015

Alla c.a. STUDENTI e FAMIGLIE  
DOCENTI e PERSONALE ATA  
DSGA

**OGGETTO : Assunzione e Somministrazione Farmaci agli studenti**

La normativa NON prevede, in generale, la somministrazione di farmaci presso le scuole.

Comunque nel 2015 il Ministero della Salute e il MIUR hanno emanato le LINEE GUIDA che definiscono gli interventi per l'assistenza di studenti che necessitino di farmaci in orario scolastico.

La somministrazione deve avvenire in base ad autorizzazioni specifiche rilasciate dalle ASL e non deve richiedere alle scuole delle cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

**MODALITÀ DI INTERVENTO GENERALI (dalle Linee Guida)**

1. I genitori di ALUNNI MINORENNI devono inoltrare RICHIESTA FORMALE, previa certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno, che indichi la prescrizione dei farmaci da assumere, le loro modalità di conservazione, i tempi di somministrazione e la posologia.

2. I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta di cui sopra, verificano la DISPONIBILITÀ DEGLI OPERATORI SCOLASTICI (Docenti e/o ATA che hanno seguito corsi di primo soccorso, secondo il D.Lgs.n.81/2008) a garantire la continuità della somministrazione del farmaco; individuano un luogo fisico idoneo alla conservazione e somministrazione dello stesso, eventualmente autorizzano i genitori o un loro delegato ad accedere a scuola per la somministrazione del farmaco. Qualora non siano presenti locali idonei, non vi sia disponibilità alla somministrazione dei farmaci o non sussistano i requisiti professionali necessari, i dirigenti scolastici possono attivare collaborazioni con i Servizi del territorio e, qualora non sia possibile realizzare tali collaborazioni, devono darne comunicazione ai genitori e al sindaco, al fine di trovare soluzioni specifiche.

## MODALITÀ DI INTERVENTO ALL'IIS G.GALILEI – R.LUXEMBURG DI MILANO

3. Il genitore inoltra al dirigente scolastico il **MODULO A**, allegando certificazione del medico curante o di un centro specialistico di riferimento, recante:

- il nome del farmaco
- la modalità di somministrazione
- la posologia
- la necessità di somministrare il farmaco in orario scolastico ( se è un farmaco assunto a scopo terapeutico) o in caso di emergenza.

4. L'alunno maggiorenne inoltra al dirigente scolastico il **MODULO A1**, allegando analogha certificazione di cui al punto 3.

5. I genitori dell'alunno minorenni SOTTOSCRIVONO IL PROPRIO CONSENSO (**MODULO A2**) con il quale autorizzano l'intervento del personale scolastico (Docente e\ ATA che, con il **MODULO 1/P**, ha dichiarato la propria disponibilità a somministrare i farmaci).

6. Sottoscritto l'accordo tra scuola e famiglia, in merito alle modalità di somministrazione del farmaco, i genitori consegnano ai docenti il farmaco, che sarà conservato secondo quanto stabilito.

### **AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DA PARTE DELLO STUDENTE (ES. FARMACI PER DIABETE, ASMA ALLERGICO, ECC. E FARMACI AD USO SALTUARIO CHE POSSONO PROVOCARE EFFETTI COLLATERALI)**

Anche in questo caso il genitore e\o l'allievo devono inoltrare formale richiesta, compilando il MODULO A3, a cui allegare la prescrizione medica.

Resta in ogni modo prescritto il ricorso al 112, numero unico di emergenza, nelle situazioni non differibili in relazione alla gravità dell'evento.

I genitori e gli studenti interessati consegneranno i MODULI allegati o direttamente alla scrivente o ai Prof.ri Bianchini (SEDE ROSA LUXEMBURG) e D'Avolio (SEDE GALILEI).

Ringraziando per l'attenzione, si porgono le più Vive Cordialità.

DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Annamaria Borando



(MODULO A)

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti: \_\_\_\_\_

genitori di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Plesso: \_\_\_\_\_

### CHIEDONO

- sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica

S'impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.  
Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Firma \*

\_\_\_\_\_

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

SI ALLEGANO:

\_\_\_\_\_

Prot. N°

A seguito della richiesta del \_\_\_\_\_ inoltrata dai genitori di \_\_\_\_\_ classe  
\_\_\_\_\_ il Dirigente (o suo delegato),  
i docenti \_\_\_\_\_

ed i genitori analizzati i documenti sanitari si sono accordati in data odierna circa la possibilità e la  
modalità di conservazione e somministrazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione: \_\_\_\_\_

**I genitori autorizzano i docenti a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da  
ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.**

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

\_\_\_\_\_

I Il Dirigente e/o Vicario della Scuola \_\_\_\_\_

Il Personale della scuola (qualifica) \_\_\_\_\_

Il Genitore \* \_\_\_\_\_

I Genitori \_\_\_\_\_

\* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Si allega: Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la  
prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria.

Richiesta dei genitori.

(MODULO A1)

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/o: \_\_\_\_\_ alunno/a

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Plesso: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- sia continuata a scuola la terapia prescritta dal suo Medico curante o Centro di riferimento, di cui allega prescrizione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allega prescrizione medica

S'impegna a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

SI ALLEGANO:

\_\_\_\_\_

ALL'INSEGNANTE \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

PER GLI/LE ALUNNI/E MAGGIORENNI.

Il/La sottoscritto/o: \_\_\_\_\_ alunno/a  
frequentante la classe: \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Plesso: \_\_\_\_\_

PER I GENITORI.

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_

genitori di:

\_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Plesso: \_\_\_\_\_

INFORMA/NO

Che dal g. \_\_\_\_\_ e (presumibilmente) fino al g. \_\_\_\_\_

- il/la sottoscritta dovrà assumere un farmaco prescritto dal medico curante.
- Il/la propri/o figlio/a dovrà assumere un farmaco prescritto dal medico curante.

Firma \*

\_\_\_\_\_

nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

SI ALLEGA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico

---

---

II/La sottoscritto/a:

---

in qualità di:

- docente nella classe \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_
- DSGA/ A: A./ C. S. nella sede \_\_\_\_\_
- Educatore/Educatrice/ Assistente nella sede \_\_\_\_\_

1. VISTA La Circolare del Dirigente Scolastico n..... del.....;
2. VISTE Le linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005;
3. CONSIDERATO il consenso da parte dell'Ente da cui dipende;

OFFRE

La propria disponibilità a somministrare il farmaco, indicato dai genitori, nelle sue ore di servizio:

- a) Nel caso in cui ricorra la necessità
  - b) Solo in caso di assoluta necessità
- ( per i docenti / Ed. Ass.) Agli alunni/e della classe assegnata.
  - ( per i docenti e il personale ATA) Agli alunni del Plesso di servizio.

FIRMA

Note personali:

---

---

---

---

---

FIRMA