



FONDAZIONE ROMA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE INDUSTRIA, ARTIGIANATO E SERVIZI
"ORAZIO OLIVIERI"

Viale Mazzini, 65 - 00019 TIVOLI Tel. 06 121125445 - Fax 0774 318758 - Distretto 34
Codice Meccanografico RMRI08000G - Codice Fiscale 86001080588 - Codice univoco UFNEZS
Sede Associata: Via Zambecari, 1 - 00012 Guidonia Montecelio - Distretto 33
rmri08000g@pec.istruzione.it - rmri08000g@istruzione.it - www.ipiasolivieri.gov.it

CIRCOLAREN.18

TIVOLI (RM), 16/09/2024

Al personale docente
Al personale ATA
Ai Genitori degli alunni dell'Istituto
AL D.S.G.A.
Al Sito WEB
Alla bacheca del RE
Alla sez. AT/ Disp. Gen. / Atti
generali / Atti amministrativi
generali

OGGETTO: somministrazione farmaci salva vita a scuola.

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda che è assolutamente vietato somministrare farmaci salvavita a scuola 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 gli alunni 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 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 112.

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.





FONDAZIONE ROMA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE INDUSTRIA, ARTIGIANATO E SERVIZI
"ORAZIO OLIVIERI"

Viale Mazzini, 65 - 00019 TIVOLI Tel. 06 121125445 - Fax 0774 318758 - Distretto 34
Codice Meccanografico RMRI08000G - Codice Fiscale 86001080588 - Codice univoco UFNEZS
Sede Associata: Via Zambecari, 1 - 00012 Guidonia Montecelio - Distretto 33
rmri08000g@pec.istruzione.it - rmri08000g@istruzione.it - www.ipiasolivieri.gov.it

I genitori interessati sono invitati a inviare i moduli, entro il 23/09/2024, corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori, esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica:

(PEO): salute_alunni@ipiasolivieri.edu.it

N.B.: nel caso di utilizzo delle caselle PEO e PEC istituzionali, cui accede tutto il personale amministrativo, è opportuno mettere nell'oggetto la seguente dicitura: **"Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy"**).

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
(Prof. Carmine Gallo)





FONDAZIONE ROMA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE INDUSTRIA, ARTIGIANATO E SERVIZI
"ORAZIO OLIVIERI"

Viale Mazzini, 65 - 00019 TIVOLI Tel. 06 121125445 - Fax 0774 318758 - Distretto 34
Codice Meccanografico RMRI08000G - Codice Fiscale 86001080588 - Codice univoco UFNEZS
Sede Associata: Via Zambecari, 1 - 00012 Guidonia Montecelio - Distretto 33
rmri08000g@pec.istruzione.it - rmri08000g@istruzione.it - www.ipiasolivieri.gov.it

ALLEGATO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

Isottoscritti.....e.....
in qualità di genitori-affidatari-tutori dell'alunno/a.....
frequentante la classe.....della scuola.....
nell'anno scolastico....., affetto da.....
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione
medica allegata, rilasciata in data.....dal Dott.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persone da noi delegate:

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

- La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta autosomministrazione)
- L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di autosomministrazione)

- **Siconsegnano..... confezioni integre, Lotto..... scadenza.....**
- **Si allega prescrizione medica attestante il Piano terapeutico necessario**
- **Si allega modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questasi intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**





FONDAZIONE ROMA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE INDUSTRIA, ARTIGIANATO E SERVIZI
"ORAZIO OLIVIERI"

Viale Mazzini, 65 - 00019 TIVOLI Tel. 06 121125445 - Fax 0774 318758 - Distretto 34
Codice Meccanografico RMRI08000G - Codice Fiscale 86001080588 - Codice univoco UFNEZS
Sede Associata: Via Zambeccari, 1 - 00012 Guidonia Montecelio - Distretto 33
rmri08000g@pec.istruzione.it - rmri08000g@istruzione.it - www.ipiasolivieri.gov.it

FirmadeiGenitorioEsercentilapotestàgenitoriale

Data, _____

Numeriutili

Telefonofisso.....
Telefonocellulare.....
TelefonoMedicocurante(Dott.)

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.





FONDAZIONE ROMA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE INDUSTRIA, ARTIGIANATO E SERVIZI
"ORAZIO OLIVIERI"

Viale Mazzini, 65 - 00019 TIVOLI Tel. 06 121125445 - Fax 0774 318758 - Distretto 34
Codice Meccanografico RMRI08000G - Codice Fiscale 86001080588 - Codice univoco UFNEZS
Sede Associata: Via Zambecari, 1 - 00012 Guidonia Montecelio - Distretto 33
rmri08000g@pec.istruzione.it - rmri08000g@istruzione.it - www.ipiasolivieri.gov.it

ALLEGATO 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

Vistalarichiestadeigenitorieconstatatall'assolutanecessità

SIPRESCRIVE

LASOMMINISTRAZIONEDEIFARMACISOTTOINDICATI,DAPARTEDIPERSONALENONSANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome..... Natoil

.....a

Residentea..... In via

Frequentante la classe.....della scuola..... sita a

..... in Via Dirigente Scolastico

.....

Affetto da.....

Nomecommercialedelfarmacodasomministrare:.....

Modalitàdisomministrazione:.....

Orario:1^dose.....;2^dose.....;3^dose.....;4^dose.....;

Duratadellaterapia:

Modalitàdiconservazione:

Effetti collaterali:

Capacitàdell'alunno/aadeffettuarel'auto-somministrazionedelfarmacoadeccezionechesitrattidifarmaco salvavita (barrare la scelta):

Parziale autonomia

Totaleautonomia





FONDAZIONE ROMA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE INDUSTRIA, ARTIGIANATO E SERVIZI
"ORAZIO OLIVIERI"

Viale Mazzini, 65 - 00019 TIVOLI Tel. 06 121125445 - Fax 0774 318758 - Distretto 34
Codice Meccanografico RMRI08000G - Codice Fiscale 86001080588 - Codice univoco UFNEZS
Sede Associata: Via Zambecari, 1 - 00012 Guidonia Montecelio - Distretto 33
rmri08000g@pec.istruzione.it - rmri08000g@istruzione.it - www.ipiasolivieri.gov.it

Terapiad'urgenza

Nomecommercialedelfarmacodasomministrare:.....

Descrizione dell'eventocherichiedelasomministrazione:

Dose:

Modalitàdisomministrazione:.....

Modalitàdi conservazione:

DICHIARA INOLTRE

Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data,.....

TimbroeFirmadelMedicocurante





FONDAZIONE ROMA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE INDUSTRIA, ARTIGIANATO E SERVIZI
"ORAZIO OLIVIERI"

Viale Mazzini, 65 - 00019 TIVOLI Tel. 06 121125445 - Fax 0774 318758 - Distretto 34
Codice Meccanografico RMRI08000G - Codice Fiscale 86001080588 - Codice univoco UFNEZS
Sede Associata: Via Zambecari, 1 - 00012 Guidonia Montecelio - Distretto 33
rmri08000g@pec.istruzione.it - rmri08000g@istruzione.it - www.ipiasolivieri.gov.it

ALLEGATO 3

CONSENSO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PESONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____
frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola _____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa privacy e

PRESTANO IL CONSENSO

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data _____, _____

Firme _____

Eventuale:

Il/ 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 _____

