



Data 18.04.2018 | Protocollo N° 157778 Class.: Prat. Fasc. | Allegati N° 1

Oggetto: Decreto del Direttore Direzione Farmaceutico – Protesica – Dispositivi Medici n.6 del 27.3.2019 “Definizione e adozione dei moduli per la richiesta di somministrazione di farmaci a scuola in attuazione della D.G.R. n. 3 del 4.1.2019 “Raccomandazioni in tema di somministrazione di farmaci in orario scolastico a firma congiunta del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca e del Ministero della Salute, del 25 novembre 2005. Recepimento.”

Trasmissione.

Tramite PEC

Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCSS e Strutture private-accreditate

Organizzazioni sindacali dei Medici di Assistenza Primaria  
Organizzazioni sindacali dei medici Pediatri di Libera Scelta

Direzioni della Regione del Veneto:  
Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria  
Programmazione Sanitaria  
Formazione e Istruzione

e.p.c. Associazione Italiana contro l’epilessia Veneto e Padova  
Al Presidente dr Stefano Bellon

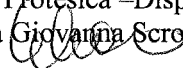
Loro sedi nella Regione del Veneto

Facendo seguito alla D.G.R. n. 3 del 4.1.2019 ad oggetto “Raccomandazioni in tema di somministrazione di farmaci in orario scolastico a firma congiunta del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca e del Ministero della Salute, del 25 novembre 2005. Recepimento.”, trasmessa con nota prot.n.78316 del 25.2.2019, si trasmette il decreto in oggetto, di definizione e adozione dei moduli per la richiesta di somministrazione di farmaci a scuola, ovvero:

- **Allegato A:** richiesta formale di somministrazione di farmaci da compilare a cura dei genitori dell’alunno o degli esercenti la potestà genitoriale e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante;
- **Allegato B:** certificazione del medico curante (PLS MMG/specialista) sulla necessità di assumere i farmaci in orario e ambito scolastico;
- **Allegato C:** richiesta di supporto all’Azienda ULSS da compilarsi a cura del dirigente scolastico nei casi in cui l’istituzione scolastica non sia in grado di organizzare al proprio interno la somministrazione di farmaci agli alunni che ne necessitano.

Si chiede alle SS.LL. di informare tutti i soggetti interessati.

Cordiali saluti

Il Direttore  
Direzione Farmaceutico – Protesica – Dispositivi medici  
dr.ssa  Scroccaro

Referente della materia  
Dott.ssa Paola Deambrosi, [mail paola.deambrosi@regione.veneto.it](mailto:paola.deambrosi@regione.veneto.it)





# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. 6 DEL 27 MAR. 2019

OGGETTO: Definizione e adozione dei moduli per la richiesta di somministrazione di farmaci a scuola in attuazione della D.G.R. n. 3 del 4.1.2019 "Raccomandazioni in tema di somministrazione di farmaci in orario scolastico a firma congiunta del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e del Ministero della Salute, del 25 novembre 2005. Recepimento."

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Si provvede alla definizione e all'adozione della modulistica necessaria per la richiesta di somministrazione di farmaci agli studenti che ne necessitano in orario scolastico, prevista dalla D.G.R. n. 3 del 4.1.2019.

IL DIRETTORE

DIREZIONE FARMACEUTICO – PROTESICA – DISPOSITIVI MEDICI

VISTA la D.G.R. n. 3 del 4.1.2019 "Raccomandazioni in tema di somministrazione di farmaci in orario scolastico a firma congiunta del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e del Ministero della Salute, del 25 novembre 2005. Recepimento" nella parte in cui, tra l'altro, si incarica la Direzione Farmaceutico – Protesica – Dispositivi medici di procedere con proprio atto alla definizione e adozione dei moduli necessari ad ottenere la somministrazione di farmaci agli studenti che ne necessitano in orario scolastico.

DECRETA

1. di definire e adottare i seguenti moduli da utilizzarsi per pianificare la somministrazione di farmaci agli studenti che ne necessitano in orario scolastico, fermo restando che gli stessi potranno essere adattati ai singoli casi concreti dai vari soggetti interessati:
  - richiesta formale di somministrazione di farmaci di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente atto da compilare a cura dei genitori o responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante;
  - certificazione del medico curante (PLS MMG/specialista) di cui all'**Allegato B** parte integrante del presente atto relativa alla necessità improrogabile di assumere i farmaci in orario e ambito scolastico (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) da consegnare al genitore dell'alunno e da inviarsi in copia a cura del medico curante stesso al Dipartimento di Prevenzione delle aziende ULSS per la raccolta della casistica; contestuale dichiarazione del medico curante che per la somministrazione del farmaco non è richiesta la presenza di un operatore sanitario;
  - richiesta di supporto all'Azienda ULSS (Dipartimento di Prevenzione/Distretto) di cui all'**Allegato C** parte integrante del presente atto da compilarsi a cura del dirigente scolastico, affinché la struttura sanitaria competente per il territorio si attivi per farsi carico dei casi in cui la singola istituzione scolastica non sia in grado di organizzare al proprio interno la somministrazione di farmaci agli alunni che ne necessitano;
2. di trasmettere il presente atto alle Aziende ULSS per la diffusione a PLS, MMG/medici Specialisti, nonché a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'iter di somministrazioni di farmaci in orari e ambienti scolastici;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
4. di pubblicare il presente provvedimento in forma integrale nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Mod. B - copia



F.to Dr.ssa Giovanna Scroccaro





Allegato A al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019



**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO** \_\_\_\_\_

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

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

\_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia:

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

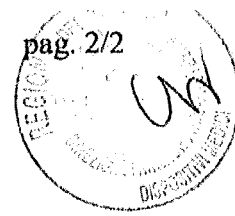
Frequentante la classe \_\_\_\_\_

di codesto Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**



I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI

NO

Il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**

\_\_\_\_\_  
PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

\_\_\_\_\_  
MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

**Recapiti telefonici utili**

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,  
 ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E  
 QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,  
 ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI  
 TIPO SANITARIO**

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

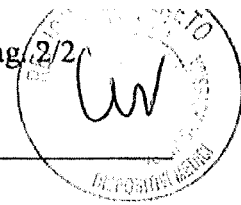
Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_



ORARIO 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOME COMMERCIALE del farmaco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DOSE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORARIO 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista \_\_\_\_\_

Timbro





Allegato C al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019

pag. 1/1

**RICHIESTA SUPPORTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO**

(da compilare e da inviare a cura del dirigente scolastico alla Azienda ULSS -Dipartimento di  
Prevenzione/Distretto- competente per territorio)

**ALL'AZIENDA ULSS (Dipartimento di PREVENZIONE/DISTRETTO) n. \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Dirigente Scolastico  
dell'Istituto \_\_\_\_\_  
Scuola \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO PRESENTATA  
DAI SIGNORI \_\_\_\_\_ GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI  
DELL'ALUNNO \_\_\_\_\_

FA PRESENTE CHE

LO SCRIVENTE ISTITUTO NON È IN GRADO DI GESTIRE AL PROPRIO INTERNO LA RICHIESTA SUDDETTA.  
AI SENSI DELLA D.G.R. VENETO n. 3 DEL 4 GENNAIO 2019 TRASMETTE, PERTANTO, COPIA DELLA SUDDETTA  
RICHIESTA A CODESTA AZIENDA ULSS (Dipartimento di PREVENZIONE/DISTRETTO), PER IL SEGUITO DI  
COMPETENZA.

Data

\_\_\_\_\_

Firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

