

# MICHELANGELO



Secondaria Via Gen. le N. Straziota, n° 1 - 70125 - Bari  
Primaria Via A. Carrante, n° 10 - 70124 - Bari  
Infanzia Viale J. F. Kennedy, n° 46 - 70124 - Bari  
Codice meccanografico BAIC8AE00D - Codice fiscale 93531280720  
Tel. Dirigenza 0805014889 - Tel. Centralino 0805026649 - Uff\_eFatturaPA UFHI2G  
PEC: [baic8ae00d@pec.istruzione.it](mailto:baic8ae00d@pec.istruzione.it) - PEO: [baic8ae00d@istruzione.it](mailto:baic8ae00d@istruzione.it)  
Sito WEB: <https://www.scuolamichelangelo.edu.it/>

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - BARI

## COMUNICAZIONE 5

**AI GENITORI/TUTORI  
AL CORPO DOCENTE  
AL PERSONALE ATA**

### OGGETTO: FARMACI SALVAVITA; PROTOCOLLO.

Con Circolare Ministeriale n. 321 del 10.01.2017 il Ministero dell'Istruzione ha ricordato le modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola; il Protocollo d'intesa realizzato dall'Usr Puglia d'intesa con la Asl della Regione Puglia per un approccio omogeneo e integrato da attuare in caso di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico prevede l'utilizzo dei moduli allegati alla presente.

Dalla nota emerge che:

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

A seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci il Dirigente:

- effettua una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati.
- Gli operatori scolastici possono essere individuati prioritariamente tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94 ed abbiano svolto obbligatoriamente la formazione in situazione e che abbia fornito la disponibilità.

#### Soggetti e destinatari

Oggetto delle presenti Raccomandazioni è la somministrazione di farmaci e di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali a bambini e ragazzi che, affetti da patologie, abbiano tali necessità in orario e ambito educativo, scolastico e formativo.

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità (**farmaco indispensabile o salvavita**) durante l'orario scolastico, in considerazione dell'idoneità dei locali scolastici alla somministrazione e conservazione del farmaco e previa disponibilità dei docenti e/o del personale A.T.A .

I docenti e il personale ATA, invitati dal DS a dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di tale tipologia di farmaci e, quindi, alla formazione in situazione, saranno specificamente formati dalla ASL in merito a quanto attinente al piano terapeutico. Nelle more della formazione dei docenti o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori stessi o persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico. È compito della famiglia comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, secondo le procedure indicate nelle presenti Raccomandazioni, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento. È compito della famiglia fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità con la sostituzione di nuovo farmaco. Nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno ad altra scuola, o ad altro Comune/Provincia, è compito della famiglia informare la scuola che accoglie il bambino o il ragazzo.

#### Procedura

La somministrazione di farmaci in orario scolastico e nei locali scolastici deve essere:

**formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale; la richiesta sarà corredata di certificazione medica aggiornata con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico e del piano terapeutico.**

Il DS una volta ricevuta la richiesta della famiglia, verifica:

- la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, ecc.);
- la disponibilità del personale dietro richiesta di manifestazione da parte del DS;
- l'esigenza di formazione specifica. La DS prenderà i contatti con ASL per fissare la formazione.

#### Autosomministrazione

La norma prevede l'autosomministrazione dei farmaci per casi specifici d'intesa con l'ASL e la famiglia. A tale scopo, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica

# MICHELANGELO



Secondaria Via Gen. le N. Straziota, n° 1 - 70125 - Bari  
Primaria Via A. Carrante, n° 10 - 70124 - Bari  
Infanzia Viale J. F. Kennedy, n° 46 - 70124 - Bari  
Codice meccanografico BAIC8AE00D - Codice fiscale 93531280720  
Tel. Dirigenza 0805014889 - Tel. Centralino 0805026649 - Uff\_eFatturaPA UFHI2G  
PEC: [baic8ae00d@pec.istruzione.it](mailto:baic8ae00d@pec.istruzione.it) - PEO: [baic8ae00d@istruzione.it](mailto:baic8ae00d@istruzione.it)  
Sito WEB: <https://www.scuolamichelangelo.edu.it/>

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE - BARI

sorvegliato dal personale della scuola". L'autorizzazione dei genitori all'auto-somministrazione deve essere presentata per iscritto con assunzione di responsabilità anche in merito all'autonomia di conservazione del farmaco.

### **Luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci**

Il docente fiduciario di plesso propone al Dirigente scolastico i luoghi fisici idonei per:

- la conservazione (di norma l'armadietto dei medicinali);
- la somministrazione o l'autosomministrazione dei farmaci. La somministrazione di farmaci mediante aghi deve avvenire in un luogo appartato, anche per garantire l'incolumità dei compagni.

### **Durata della terapia/attività a supporto di alcune funzioni vitali**

L'autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve contenere anche l'indicazione della durata dell'intervento, che può essere fatta per un periodo predefinito o a lungo termine, secondo l'indicazione del medico curante.

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.

### **Modifiche o sospensione della terapia**

In caso di modifiche dell'intervento (posologia/modalità di somministrazione) o di sospensione della cura e a seguito di nuova prescrizione del medico curante, la famiglia deve fornire tempestivamente tale informazione insieme alla prescrizione del medico curante, affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione da trasmettere alla scuola.

### **Partecipazione a uscite didattiche e/o visite scolastiche**

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo modalità organizzative da concordare dai docenti direttamente coinvolti con il Dirigente scolastico e con la famiglia.

### **Gestione delle emergenze**

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati per i casi concreti presentatisi, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

### **Gestione dell'emergenza**

**Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al 118, avvertendo contemporaneamente la famiglia.**

Bari, 7 settembre 2023

Il Dirigente scolastico

*Antonietta Scurani*

## Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI**  
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico .....

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
genitore/i - tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, frequentante la classe/sezione  
\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

vista la specifica patologia dell'alunno \_\_\_\_\_  
preso atto del protocollo esistente tra \_\_\_\_\_, in materia di somministrazione di farmaci a scuola  
adottato in data \_\_\_\_\_ constatata l'assoluta necessità

**chiede/ono**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione  
medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si  
autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 ( i dati sensibili sono i dati  
idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI  NO

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal  
\_\_\_\_\_

- Consegna farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_

- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino)  
\_\_\_\_\_

Contestualmente autorizza/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata  
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata  
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data \_\_\_\_\_

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà  
\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. \_\_\_\_\_ Tel. cellulare .....

Genitori: Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_ Tel. di \_\_\_\_\_

### Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del  
nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola  
per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

## **Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno (o dall'alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

### **RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di genitore/tutore dell'alunno (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola secondaria \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

#### **Comunica**

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario di somministrazione/dose \_\_\_\_\_

Periodo di somministrazione \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

#### **Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

—  
da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico Curante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma del genitore/tutore  
o dello studente maggiorenne \_\_\_\_\_ firma del Dirigente scolastico

#### **Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

**Modulo 3: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA  
SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO"**

**Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)**

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario di somministrazione/dose: Prima dose \_\_\_\_\_ Seconda dose \_\_\_\_\_

Terza dose \_\_\_\_\_

Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Terapia Continuativa  SI  No (Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)

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

Note \_\_\_\_\_

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza (es. shock anafilattico)**:

\_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_

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

Note \_\_\_\_\_

Data .....

Timbro e firma del MMG/PLS/MS