



Unione Europea



Repubblica Italiana

**“ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE”**

**PRAIA A MARE**

Via Verdi n. 40 – Tel. Fax 0985/72106 – C.F. 96031260787

[csic8au004@istruzione.it](mailto:csic8au004@istruzione.it) - [csic8au004@pec.istruzione.it](mailto:csic8au004@pec.istruzione.it) - [www.icpraia.edu.it](http://www.icpraia.edu.it)

**87028 -PRAIA A MARE (CS)**

**Ai Docenti**

**Ai genitori degli alunni**

**Al DSGA**

**Al personale ATA**

**Sito Web**

**Bacheca Registro Elettronico**

**Albo, Amministrazione Trasparente**

I.C. PRAIA A MARE - CS  
Prot. 0006598 del 02/10/2024  
V-7 (Uscita)

**OGGETTO: Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI**

**Il Dirigente Scolastico**

ricorda che la somministrazione dei farmaci a scuola è riservata esclusivamente a situazioni di EFFETTIVA e ASSOLUTA NECESSITA', determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute ed è riferita alle seguenti situazioni:

\*continuità terapeutica per il trattamento di una patologia cronica, intesa come terapia programmata e improrogabile per il trattamento di una patologia cronica (es. diabete);

\* somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota che richiede interventi immediati (es. crisi epilettica);

pertanto, facendo riferimento alla “Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI”,

**CONSIDERATA** la Dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'ONU il 20 novembre 1959, che afferma che va garantito ai bambini il diritto ai mezzi che consentono lo sviluppo in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale;

**VISTO** il Decreto Legislativo 31 Marzo 1998 n. 112 “conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali”;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

**VISTA** la Legge 8 novembre 2000 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 Marzo 2001 n. 165, concernente “norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

**VISTA** la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate le “Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico” a firma dei Ministri del MIUR e della salute;

**VISTO** il C.C.N.L. del comparto scuola 2016/2018 sottoscritto in data 19.04.18, art. 28, comma 4; **PREMESSO** che “la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto” (art. 2 delle suddette Linee Guida);

## CONSIDERATO

che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;

**dispone la seguente procedura per quanto previsto in oggetto.**

- ✚ La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti 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).
- ✚ I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:
  - ✓ effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
  - ✓ concedono, 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;
  - ✓ verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati.
- ✚ Gli operatori scolastici possono essere individuati 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.
- ✚ 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. Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.
- ✚ 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.
- ✚ 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.
- ✚ 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. 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.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente scolastico può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il Dirigente scolastico può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il Dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata:

- ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale;
- al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

**La famiglia è consapevole che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata da personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non possiede né competenze né funzioni sanitarie.**

**Dirigente Scolastico**  
**Marilena Salsano**

(firmato digitalmente)



## PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome .....

Nome .....

**A)** Nome commerciale del farmaco **indispensabile** .....

**A.1)** Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare o Mattina (h. ....) dose da somministrare .....  
o Pasto (prima, dopo) ..... dose .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**A.2)** Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco  
(specificare):  
.....

Dose da somministrare .....

- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**(Oppure)**

**B)** Nome commerciale del farmaco **salvavita** .....

Modalità di somministrazione del farmaco .....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):  
.....

- Dose da somministrare  
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco  
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

Sì

No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì

No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL  
.....

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Alla Dirigente Scolastica  
I.C. Praia a Mare

I sottoscritti

(Cognome e Nome della madre).....e

(Cognome e Nome del padre) .....

Genitori dell'alunno/a ....., (oppure)  
 Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a .....,  
 nato/a a..... il ..../...../..... e residente a ..... in Via  
 ....., che frequenta la classe ... sez ... della scuola  
 ..... sita in Via ..... Cap .....Località  
 ..... Provincia .....,

- consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... /dal Dott. ...., in data .../.../..... ;

**CHIEDONO (barrare la scelta che interessa)**

- che al proprio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico (oppure)
- che il proprio/a figlia/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico
- Autorizziamo ed esprimiamo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleviamo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
- Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
- Sarà nostra 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, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

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

I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo

Data

Firma (1)

\_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO**

**Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto  
Al genitore dell'alunno/all'alunno**

**Oggetto:** *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a*

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_,  
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

(oppure)  esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

l'alunno/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_, dell'Istituto  
\_\_\_\_\_ consegna all'incaricato,  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. \_\_\_\_\_  
n \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e Piano  
Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL \_\_\_\_\_

medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di  
intervento personalizzato, nel seguente luogo: \_\_\_\_\_ con le seguenti  
modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno  
scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si  
impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato  
e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/dell'alunno/a \_\_\_\_\_

**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)**

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Alla Famiglia dell'alunno/a \_\_\_\_\_ (oppure)  
All'alunno/a \_\_\_\_\_  
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco  
Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_  
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto  
Alla Azienda USL \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a.....

I sottoscritti Dirigente scolastico ..... e il Referente per l'Azienda USL....  
..... dott.....,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne) ....., iscritto/a alla classe ..... sez ..... dell'Istituto ....., plesso ....., sito in via ..... localit  .....;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. .... / dal Dott. .... in data .../.../ , nella quale per l'assoluta necessit  della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) ..... da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, n  l'esercizio di discrezionalit  tecnica da parte dell'adulto somministratore, n  in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, n  in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalit  di somministrazione e di conservazione del farmaco;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)  salvavita

(Oppure)

indispensabile

Constata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonch  la disponibilit  di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

**DISPONGONO**

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potest  genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ ; che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale:  
\_\_\_\_\_;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potest  genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sar  somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.):  
\_\_\_\_\_;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda USL\_\_\_\_\_

Prof. ....

Dott. ....

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne)

\_\_\_\_\_

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL\_\_\_\_\_con la presente:

esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari\_\_\_\_\_.

Data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del genitore  
o dell'esercente la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_



Spett.le ASL \_\_\_\_\_

Sede

**Oggetto: Formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco**

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, cordiali saluti

**Il Dirigente Scolastico**