



**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"MONTESSORI-MARIA CLOTILDE PINI"**

Via S. M. Goretti, 41 - 00199 Roma  
Codice meccanografico RMIC8G900L  
Codice Fiscale 96535380586  
Codice Univoco CELA93 Codice IPA R606H11W  
Tel. 0686208392 Fax 06-86208395  
PEO [rmic8g900l@istruzione.it](mailto:rmic8g900l@istruzione.it)  
PEC [rmic8g900l@pec.istruzione.it](mailto:rmic8g900l@pec.istruzione.it)  
Sito [www.viicircolomontessori.it](http://www.viicircolomontessori.it)

**SCUOLA DELL'INFANZIA**

Montessori - M.C.Pini | Via Santa Maria Goretti  
Via dei Marsi | Villa Paganini

**SCUOLA PRIMARIA**

Via Santa Maria Goretti | Villa Paganini | Fratelli Bandiera

**SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Via Santa Maria Goretti | Charlie Chaplin

Ai Docenti

Ai Genitori

Agli Alunni

Al Personale ATA

Al DSGA

Al RSPP

Agli Atti

Al Sito web

**Oggetto:** Procedura per la somministrazione di farmaci salvavita o indispensabili a scuola

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

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 Istruzione e Ricerca 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);

RITENUTO che nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico;

VISTO il Protocollo di Intesa "Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico", sottoscritto tra il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio e la Regione Lazio (Comunicazione REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.Int.0064845.05-02-2018 e MIUR.AOODRLA.REGISTRO UFFICIALE(U).0005985.19-02-2018);

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

la seguente procedura per quanto previsto in oggetto, al fine di disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico<sup>1</sup>, ricordando che gli allegati vanno opportunamente protocollati.

Con la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 il Ministero dell'Istruzione ha ricordato le modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola. 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).

Dalla nota emerge che 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 e resa possibile dalle prescrizioni sanitarie, 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, esercitanti 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.

#### **Soggetti e destinatari**

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. formati. I docenti e il personale ATA, invitati dal Dirigente 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 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.

#### **Condizioni generali per la somministrazione dei farmaci a scuola**

I farmaci a scuola devono essere somministrati soltanto su richiesta scritta dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale sostenuta da prescrizione del Medico curante, in caso di assoluta necessità della somministrazione durante l'orario scolastico e in assenza di discrezionalità tecnica nella somministrazione.

Qualora la somministrazione dei farmaci sia effettuata da personale scolastico o educativo, è necessario che non sia richiesto il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario<sup>2</sup>.

#### **Soggetti che possono effettuare la somministrazione del farmaco a scuola**

A seguito della richiesta scritta dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale, il Dirigente scolastico verifica le condizioni e i soggetti per la somministrazione del farmaco in ambito e orario scolastico, che può essere effettuata:

- (a) dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale, se da loro richiesto;

<sup>1</sup> Per orario scolastico si intende la frequenza scolastica complessiva, comprendente l'orario di lezione come stabilito dagli ordinamenti scolastici e tutte le attività opzionali/aggiuntive o di ampliamento dell'offerta formativa organizzate dalla scuola o dall'agenzia formativa, che si svolgono sia all'interno che all'esterno degli edifici scolastici (es.: gite scolastiche).

<sup>2</sup> Cf. raccomandazioni Ministero dell'Istruzione e Ministero della Salute del 25.11.2005.

(b) dall'allunno stesso, se maggiorenne, o autorizzato dai Genitori, se minore;

(c) dalle persone che agiscono su delega formale dei Genitori stessi, quali familiari o persone esterne identificate dalla famiglia o personale delle istituzioni scolastiche e formative che abbia espresso per iscritto la propria disponibilità, e che sia stato informato sul singolo caso specifico;

(d) dal personale sanitario del SSR, su richiesta d'intervento, in relazione alla particolarità della condizione dell'alunno che non dovesse consentire la somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario.

**Carenza delle condizioni per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

Nel caso in cui non si rilevino le condizioni per la somministrazione dei farmaci (es. disponibilità del personale scolastico o educativo, locali), il Dirigente scolastico ne dà comunicazione ai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale nonché alle strutture territoriali di riferimento (Distretto sanitario della ASL ed Ente locale) per la definizione concordata di un programma d'intervento atto a superare la criticità.

**Informazione e Formazione**

Al personale scolastico o formativo sono rivolti momenti Informativi e Formativi secondo piani di intervento concordati tra ASL territorialmente competenti e Istituzioni scolastiche e formative, anche in rete.

Le iniziative *informative e formative generali* sono finalizzate a favorire la conoscenza delle più frequenti patologie riscontrabili in ambito scolastico o educativo o formativo e a promuovere la cultura dell'accoglienza nonché a consentire l'acquisizione di conoscenze utili a garantire la sicurezza dell'alunno con determinate condizioni cliniche in relazione ai suoi bisogni.

Alle suddette iniziative partecipano anche le associazioni di tutela (familiari di alunni con specifiche patologie) per garantire l'apporto di contenuti operativi e di corretta relazione con gli alunni.

La *formazione in situazione* si connota, invece, come formazione rivolta al personale scolastico o educativo individuato per la gestione del singolo caso, quotidiana e/o al bisogno (manifestazioni specifiche della patologia, attenzioni particolari, aspetti psicologici e relazionali, ecc.); essa è realizzata dal Distretto sanitario, di concerto con il medico curante dell'alunno, su richiesta del Dirigente scolastico o Responsabile struttura formativa e in accordo con i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale.

**Ruolo e Azioni dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale**

I Genitori o Esercenti la potestà genitoriale sono i primi responsabili della salute e del benessere del proprio figlio nell'assunzione di tutte le decisioni. Essi possono chiedere al Dirigente scolastico o Responsabile della struttura formativa:

- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la somministrazione del farmaco;
- di accedere direttamente alle sedi scolastiche per somministrare il farmaco al proprio figlio/a;
- di consentire l'accesso di altri soggetti esterni alla scuola appositamente delegati alla somministrazione del farmaco.

L'azione di delega dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale, nei confronti di altri soggetti presuppone sempre un rapporto di fiducia delegato-delegante e non esclude, comunque la responsabilità dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale stessi, nella realizzazione degli interventi concordati.

I Genitori o Esercenti la potestà genitoriale:

- (a) forniscono tutte le informazioni necessarie e utili alla gestione generale e quotidiana del minore con patologia cronica necessitante di somministrazione di farmaci, in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia;
- (b) depositano presso la scuola uno o più recapiti telefonici dove garantiscono la reperibilità per ogni evenienza;
- (c) comunicano tempestivamente ai servizi coinvolti e alla scuola qualsiasi notizia possa riflettersi, in termini di appropriatezza della somministrazione e di ricadute organizzative, producendo la relativa documentazione (es. modifiche del piano terapeutico, assenze del bambino, riduzione dell'orario scolastico o formativo, eventuali cambiamenti di residenza, domicilio, recapiti telefonici, ecc.);
- (d) assicurano, concordandola, la loro presenza nella formazione in situazione del personale scolastico o formativo cui è affidata la somministrazione del farmaco al proprio figlio/a;
- (e) trasmettono alla scuola, nel caso si rendesse necessario effettuare variazioni estemporanee della terapia somministrata dal personale scolastico o formativo, dichiarazione medica dalla quale si evince l'idoneità dei genitori stessi a variare o adeguare la terapia, in considerazione del grado di competenza e addestramento raggiunto;
- (f) garantiscono la fornitura dei presidi sanitari e/o dei farmaci necessari – in confezione integra e in corso di validità – nonché la sostituzione tempestiva degli stessi alla data di scadenza;

(g) assicurato direttamente, o attraverso una persona appositamente delegata, la somministrazione nei casi di necessità (ad es. in assenza del personale scolastico o formativo cui è affidato l'intervento).

### Procedura per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

I Genitori o Esercenti la potestà genitoriale di alunni affetti da patologie croniche o assimilabili presentano al Dirigente scolastico o al Responsabile delle strutture formative la richiesta di accedere direttamente alla sede scolastica per la somministrazione dei farmaci oppure di far accedere persona da loro delegata oppure di individuare il personale scolastico o formativo per l'effettuazione della prestazione, autorizzandone l'operato e sollevandolo da qualsiasi responsabilità; la richiesta è sempre accompagnata dalla prescrizione del Medico curante.

I medici curanti nel rilascio della prescrizione hanno cura di specificare se trattasi di *farmaco salvavita* o *indispensabile*; nella prescrizione essi si attengono ai seguenti criteri:

- assoluta necessità,
- indispensabilità della somministrazione in orario scolastico,
- non discrezionalità di chi somministra il farmaco né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi e modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco,
- somministrabilità da parte di personale non sanitario. Il modulo di prescrizione deve contenere esplicitati, in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome dell'alunno
- patologia dell'alunno
- nome commerciale del farmaco
- dose da somministrare e modalità di somministrazione
- modalità di conservazione del farmaco
- durata della terapia
- effetti collaterali
- indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche - capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.

Il Dirigente scolastico verifica la disponibilità del personale (docente e non docente), preferenzialmente quello individuato ai sensi del D.M. 388/2003 e s.m.i., ad effettuare la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale e custoditi a scuola come richiesto dalla famiglia, *previa opportuna formazione specifica*, effettuata dal Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia.

La disponibilità del personale, dichiarata in forma scritta al Dirigente scolastico o al Responsabile della struttura formativa, è portata a conoscenza dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale.

Il Dirigente scolastico o il Responsabile della struttura formativa si fa garante dell'*organizzazione* di quanto previsto per la corretta esecuzione ed attuazione della procedura per la somministrazione del farmaco, compresa la tenuta del "*registro di somministrazione*" relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascun alunno ove sia attestata ogni somministrazione e il nome dell'adulto che ha provveduto alla somministrazione o assistito alla medesima.

Gli Enti Locali, proprietari degli immobili in cui hanno sede le istituzioni scolastiche e formative, individuano di concerto con i rispettivi Dirigenti o Responsabili, in ciascun plesso uno spazio adeguato per consentire la somministrazione dei farmaci in modo riservato e per garantire l'adeguata conservazione degli stessi.

Gli Enti Locali, d'intesa con le Istituzioni scolastiche e formative, valutano con il capitale sociale del territorio, la possibilità di fornire collaborazione in materia di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico (es. organizzazioni di volontariato, personale sanitario in pensione, ecc.).

Il Dirigente scolastico invia la documentazione al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale, includendo le informazioni circa:

- la presenza di un locale per l'effettuazione dell'intervento;
- la destinazione di un locale e/o di appositi spazi idonei per la conservazione dei farmaci e delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente;
- la presenza dell'attrezzatura necessaria (armadietto, frigorifero, ecc.) per la conservazione dei farmaci;

Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente scolastico per la realizzazione della formazione in situazione, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un'apposita scheda.

Il personale delegato è tenuto ad annotare gli interventi eseguiti secondo le specifiche prescrizioni mediche sul “registro di somministrazione”

Il Distretto sanitario di competenza territoriale, di concerto con l'Istituzione scolastica o formativa e l'Ente locale territorialmente competente, definisce e partecipa all'attuazione del Piano di Assistenza Individuale, in caso di alunni con particolari condizioni cliniche per le quali è opportuno prevedere specifici percorsi di pronto soccorso (ad es. informazione preventiva agli operatori del 118 e del *triage*).

### **Auto-somministrazione**

Qualora l'alunno minorenne abbia raggiunto una *parziale autonomia* nella gestione della propria terapia farmacologica, i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale segnalano la necessità che il personale scolastico o formativo effettui “vigilanza” o “affiancamento”<sup>3</sup> al minore. Se viene richiesto l'affiancamento, si applicano le specifiche precedenti. Qualora l'alunno minorenne abbia raggiunto una *completa autonomia*<sup>4</sup> nella gestione della propria terapia farmacologica, i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale ne trasmettono apposita dichiarazione al dirigente scolastico o al Responsabile della struttura formativa.

### **Gestione dell'emergenza**

Nei casi in cui si presenti una situazione di emergenza, resta prescritto il ricorso al Pronto Soccorso. Pertanto l'istituzione scolastica o formativa:

- ricorre al Servizio Emergenza (118)
- informa i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale.

Quanto sopra, fatti salvi gli interventi di primo soccorso e quelli per la somministrazione dei farmaci come da protocollo terapeutico autorizzato dal Medico curante.

### **Integrazione tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza**

Nell'applicazione delle presenti disposizioni, il trattamento dei dati personali e sensibili e tutte le azioni connesse alla somministrazione dei farmaci sono eseguiti nel rispetto della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

### **Passaggio dell'alunno ad altro Istituto**

In caso di passaggio o trasferimento dell'alunno ad altro Istituto o ad altro Comune, il Dirigente scolastico o il Responsabile della struttura formativa “inviante” comunica alla famiglia che è compito della stessa:

- informare il Dirigente scolastico o il Responsabile della struttura formativa ricevente e il Distretto sanitario del territorio di riferimento;
- fornire la necessaria documentazione.

Roma 9 settembre 2024

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Carmine Iannicelli

<sup>3</sup> Per *vigilanza* si intende la sorveglianza generica sull'avvenuta auto-somministrazione da parte dell'alunno, l'*affiancamento* comprende, invece, anche il controllo delle modalità della sua esecuzione.

<sup>4</sup> Il momento della raggiunta completa autonomia del minore nell'auto-somministrazione del farmaco deriverà dalla valutazione congiunta della famiglia, del medico curante e/o specialista di riferimento.

- Allegato 1 Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico e Piano Terapeutico
- Allegato 2 Richiesta di somministrazione farmaci nei locali ed in orario scolastico
- Allegato 3 Verbale di consegna alla scuola del farmaco
- Allegato 4 Disponibilità del personale alla somministrazione
- Allegato 5 Richiesta di formazione specifica alla ASL



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 .....
- o Pomeriggio (h. ....) 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 .....

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

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

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

**B.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**)



C) 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:

Si    No

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

Si    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

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

Genitore dell'alunno/a ....., (oppure)  Esercente la potestà genitoriale sullo  
studente/essa ....., (oppure)  Studente/essa maggiorenne nato/a a.....  
il ...../...../..... e residente a ..... in Via  
....., che frequenta la classe/sezione ... sez ... dell'Istituto  
..... sito in Via ..... Cap .....  
Località ..... Provincia .....

- consapevole 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 .../.../.....;

### CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico  
(oppure)

che mio/a figlio/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

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia 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 mia 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 acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

In fede

Luogo

Data

\_\_\_\_\_

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

Firma del/dei Genitore/i o di chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a

\_\_\_\_\_

## 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/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_

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

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe/sezione \_\_\_\_, 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/dei genitore/o 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 \_\_\_\_ 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 ....., iscritto/a alla classe/sezione ..... 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

Constatata 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 potestà genitoriale, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà 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-Nome	Tipo di personale	Firma del personale	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dall'Azienda USL competente

Il Dirigente Scolastico

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

.....

.....

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

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

Il/I sottoscritto/i genitore/i o esercente(i la potestà genitoriale \_\_\_\_\_),

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

esprime/esprimono 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/impegnano a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_.

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

Firma del/dei genitore/i o dell'/degli esercente/i la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

### SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Cognome e Nome alunno/a	
Classe/sezione	
Istituzione scolastica	
Istituzione formativa/sanitaria	
Cognome e Nome operatore scolastico/educativo	
Profilo professionale	
Cognome e Nome operatore formativo/ sanitario	
Profilo professionale	

**1.TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

--

**2.SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE FORMATIVO/ SANITARIO**

--

**3. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/EDUCATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO**

--



**4. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Luogo	
Data	
Firma operatore formativo/ sanitario	

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Luogo	
Data	
Firma Operatore Scolastico/Educativo	

**5. DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti, genitori dell'alunno/a....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/educativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/educativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Luogo

Data

\_\_\_\_\_

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

Firma del/dei Genitore/i o di chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a

\_\_\_\_\_

**IL RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

.....

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

.....