



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - BARI

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 - PEO: baic8ae00d@istruzione.it  
Sito WEB: <https://www.scuolamichelangelo.edu.it/>

## COMUNICAZIONE 20

AL CORPO DOCENTE

AL PERSONALE ATA

AI GENITORI/TUTORI

SEDI

### 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, i moduli allegati alla presente allegati al Protocollo d'intesa regionale 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.

Le famiglie 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
3. Autosomministrazione

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,



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - BARI

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 - PEO: baic8ae00d@istruzione.it  
Sito WEB: <https://www.scuolamichelangelo.edu.it/>

medico di base, medici di base del Comune) o, qualora se ne ravvisi la necessità, allerteranno il servizio di emergenza 118.

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 allo scopo predisposti.

I genitori/tutori interessati sono invitati a consegnare in segreteria in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy" i moduli, entro il 10 Ottobre 2024, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori.

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.

Bari, lì 19 Settembre 2024

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