



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Istituto Comprensivo Statale "Milano Console Marcello"  
Via Console Marcello, 9 – 20156 MILANO  
Tel.: 02 39256945  
COD. FISC. 80193870153  
Sito : [www.consolemarcello.gov.it](http://www.consolemarcello.gov.it)  
e-mail uffici : [miic8d200d@pec.istruzione.it](mailto:miic8d200d@pec.istruzione.it)  
[miic8d200d@istruzione.it](mailto:miic8d200d@istruzione.it)

Prot n. 106/11.1

Milano, 15/10/20

## LINEE GUIDA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

**Premesso** che la tutela della salute e del benessere di bambini/ragazzi che, in relazione a patologie acute e croniche necessitano della somministrazione di farmaci continua o di emergenza durante l'orario scolastico, richiesta dai genitori o dagli esercenti la patria potestà, è una priorità della Nostra Istituzione Scolastica.

**Viste** le Raccomandazioni del 25 novembre 2005 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute aventi ad oggetto "Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico"

**Considerate** le richieste di somministrazione di farmaci, da parte di alcuni genitori, per eventuali situazioni di emergenza.

### SI DEFINISCONO LE SEGUENTI LINEE GUIDA,

- finalizzate a regolamentare la somministrazione di farmaci nell'IC Console Marcello, con riferimento a tutti gli alunni che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico di ricevere una appropriata assistenza.

### LINEE GENERALI

Condizione necessaria alla somministrazione di farmaci a scuola è la presenza di certificazione medica e /o di piano Terapeutico attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente necessita.

Il personale scolastico in via del tutto volontaria può somministrare farmaci a condizione che tale somministrazione non debba richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

La prima somministrazione del farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico ad eccezione di specifiche situazioni.

La somministrazione di farmaci a scuola è riferita alle seguenti situazioni:

- continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
- somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

## **SOGGETTI COINVOLTI**

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge diversi attori:

- Genitori o gli esercenti la potestà genitoriale
- Medico proscrittore (medico di famiglia, pediatra di base, medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata)
- Dirigente Scolastico
- Docenti,
- Personale ATA (ausiliario, tecnico, amministrativo)

## **I GENITORI**

Formulano la richiesta al Dirigente Scolastico fornendo la certificazione dello stato di malattia e/o il Piano Terapeutico redatti dal Medico. Forniscono anche l'ALL.A compilato sempre dal medico che illustra l'utilizzazione/conservazione del farmaco, la posologia, la descrizione sintomatologica da considerare qualora si presentasse l'emergenza.

Forniscono inoltre disponibilità e recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza. Segnalano tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

Forniscono il farmaco ed eventuali presidi, provvedendo al loro regolare approvvigionamento.

## **IL MEDICO**

A seguito di richiesta dei Genitori certifica lo stato di malattia, redige il Piano Terapeutico con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco.

Fornisce eventuali informazioni e delucidazioni per l'applicazione del Piano Terapeutico.

Compila l'ALL. A che i genitori consegneranno al dirigente scolastico all'atto della consegna della certificazione.

## **DIRIGENTE SCOLASTICO**

Acquisisce la richiesta dei Genitori, informa il consiglio di classe ed il Personale della Scuola. Individua gli operatori scolastici disponibili (docenti e non docenti) e/o eventuali altri soggetti volontari individuati e formalmente autorizzati dai genitori nel caso di somministrazione farmacologica continuata. Verifica le condizioni ambientali atte a garantire una corretta modalità alla conservazione del farmaco secondo quanto disposto dal Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo per il paziente (FI), così come indicate nel Piano Terapeutico. Attiva tutte le procedure del caso. Comunica ai Genitori l'avvio della procedura; Garantisce la tutela della privacy.

## **DOCENTI, PERSONALE ATA**

A seguito dell'adesione volontaria al percorso di somministrazione dei farmaci a scuola, somministrano il farmaco e collaborano, per quanto di competenza, alla gestione delle situazioni di emergenza.

## **IL PERCORSO OPERATIVO**

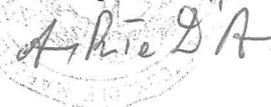
I Genitori (o chi esercita la potestà genitoriale), sottopongono al Dirigente Scolastico la richiesta di autorizzazione di somministrazione di farmaci a scuola completa della Certificazione dello stato di malattia, relativo Piano Terapeutico, ALL.A, redatti dal Medico.

La richiesta deve essere presentata al Dirigente Scolastico ad ogni cambio di ciclo scolastico e anche in caso di trasferimento/passaggio ad altra Istituzione Scolastica. La richiesta deve indicare i recapiti per contatti in caso di necessità da parte della Scuola.

Nella richiesta i Genitori (o chi esercita la potestà genitoriale) devono dichiarare di: -

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a collaborare con l'Istituzione scolastica per determinare le migliori soluzioni procedurali qualora le modalità di conservazione del farmaco fossero tali da non poter essere garantite dalla scuola;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
- consegnare la certificazione dello stato di malattia redatta del Medico (medico di famiglia, Pediatra di base, medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata) nonché l'ALL. A debitamente compilato datato e firmato dallo stesso medico prescrittore.

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Anna Rita D'Auria  
Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993



Anna Rita D'Auria

**ALL:A**

**(da compilare a cura del medico prescrittore del farmaco da somministrare e da allegare alla certificazione di stato di malattia)**

Io sottoscritto:.....

Contatti: n. tel.....n. cell.....

medico

di famiglia

pediatra di base

- certifico l' assoluta necessità della somministrazione del farmaco:-----  
-----

-al paziente:-----

- affetto da:.....

- nome commerciale del farmaco:-----

- forma farmaceutica:.....

- principio attivo del farmaco :-----

- descrizione dell'evento e dei sintomi che richiede la somministrazione del farmaco:.....  
.....  
.....

- dose da somministrare :.....

- Modalità di somministrazione da parte di terzi e di conservazione del farmaco, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i:.....  
.....

- Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni):.....

**Dichiaro inoltre**

- che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

DATA:.....

FIRMA:.....

**I sottoscritti**  
:

.....  
.....

Genitori dell'alunno

:.....scuola:.....classe:.....

plesso:.....

**CHIEDONO**

sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica.

sia instaurata, in caso di necessità, la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica.

sia somministrata in ambito scolastico la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data:.....dal  
Dr:.....

sia somministrata, durante il viaggio di istruzione, la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data:.....dal  
Dr:.....

**I sottoscritti si impegnano:**

- a fornire i farmaci prescritti nel Piano terapeutico/Certificato medico, recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola in caso di :..... con posologia, orario, modalità di somministrazione e modalità di conservazione degli stessi;
- ad autorizzare il personale della scuola a somministrare i farmaci prescritti e sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione dei farmaci stessi;
- a fornire alla Scuola l'eventuale materiale necessario alla somministrazione farmaci, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- a comunicare al dirigente immediatamente eventuali variazioni inerenti la certificazione consegnata in prima istanza, formalmente documentate dal medico responsabile della stessa;
- a documentare con certificazione medica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e conservazione dei farmaci;
- a consegnare il Piano Terapeutico e/o Certificazione medica inerente la somministrazione del farmaco corredate dall'ALL.A fonito dalla scuola.

I sottoscritti sono sempre disponibili e prontamente rintracciabili ai numeri telefonici sotto elencati, inoltre si impegnano a comunicare immediatamente ogni variazione di trattamento.

**Inoltre:**

- Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.
- L'incontro è stato già effettuato in una riunione precedente.

Recapiti telefonici dei genitori:..... /.....

**Nel caso firmi un solo genitore:**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

FIRMA DEI GENITORI :...../.....

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della D. Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art.

23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali.

DATA:.....

FIRMA DEI GENITORI

-----

## PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Piano per la somministrazione di farmaci in orario scolastico allo/a alunno/a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ frequentante nell'a.s. 2014/2015 la classe \_\_\_\_\_  
 della Scuola \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco da somministrare	
Luogo di conservazione del farmaco	
Luogo di somministrazione del farmaco	
Il farmaco viene somministrato, secondo le modalità della prescrizione allegata, da: 1^ persona incaricata della somministrazione	
nei giorni di	
<input type="checkbox"/> dalle /alle ore	
<input type="checkbox"/> secondo le necessità	
2^ persona incaricata della somministrazione	
nei giorni di	
<input type="checkbox"/> dalle /alle ore	
<input type="checkbox"/> secondo le necessità	
3^ sostituto	

Firma per accettazione del personale incaricato

1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_

I genitori (per accettazione)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dirigente Scolastico  
 Anna Rita D'Auria**

Il Dirigente Scolastico

