



## **PROTOCOLLO DI INTESA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**

Al fine di garantire un approccio omogeneo alla gestione della somministrazione dei farmaci in ambito scolastico

la Regione Basilicata con sede a Potenza in Via Vincenzo Verrastro 4, rappresentata dal Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona **Donato Vincenzo Pafundi**,

l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP, con sede a Potenza in Via Torraca 2, rappresentata dal Direttore Generale **Dr. Giovanni Battista Bochicchio**,

l'Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM, con sede a Matera in Via Montescaglioso 20, rappresentata dal Direttore Generale **Pietro Quinto**

**E**

**l'Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata – Direzione generale** (nel seguito Ufficio Scolastico Regionale) con sede a Potenza in Piazza delle Regioni snc, rappresentata dalla Dirigente Coordinatrice **Claudia Datena**

concordano di sottoscrivere un percorso a carattere sperimentale condiviso nel rispetto delle reciproche competenze.

### **Premesso che:**

- Le problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico sono da tempo all'attenzione delle Istituzioni;
- l'essere portatori di una patologia specifica non deve costituire fattore di emarginazione per lo studente;
- gli studenti che frequentano ogni ordine e grado di scuola, possono avere la necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico a causa di patologie le cui manifestazioni acute possono manifestarsi in modo non prevedibile;
- l'esistenza di tali situazioni richiama l'attenzione delle Istituzioni coinvolte sulla centralità dell'alunno e la conseguente consapevolezza della priorità di tutelarne la salute e il benessere e pone, altresì, la necessità urgente di predisporre un accordo convenzionale,

condiviso dalle parti, che individui un percorso d'intervento nelle singole situazioni;

- con Legge 27 maggio 1991 n. 176 è stata ratificata e data esecuzione alla “*Convenzione sui diritti del fanciullo*” sottoscritta a New York il 20 novembre 1989, nella quale viene espressamente indicato che “ gli stati parti adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica...” (art. 28 comma 1 lett. e);
- in data 25 novembre 2005 sono state sottoscritte dai Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca le raccomandazioni in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico;
- tutti i cittadini sono obbligati dalle disposizioni vigenti ai doveri di primo soccorso;
- nelle scuole è presente, in attuazione dell'art. 18 del DL 81/2008, personale dirigente, docente, educativo ed A.T.A. adeguatamente formato ai sensi del DM 388 del 15.07.2003;

#### **Valutato che:**

- l'assistenza specifica agli alunni che esigono la somministrazione di farmaci generalmente si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
- tale attività di assistenza specifica rientra in un protocollo terapeutico stabilito dal Medico Curante (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) e/o dal Medico Specialista, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- l'assistenza specifica viene supportata da una specifica “*formazione in situazione*” riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza prevista dal Decreto Legislativo 81/2008 e dal D.M. 388/2003;

#### **Tutto ciò premesso e valutato**

la Regione Basilicata, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata, al fine di regolamentare in modo unitario i percorsi di intervento e di formazione in tutti i casi in cui, in orario scolastico, si registra la necessità di somministrare i farmaci

#### **Convengono quanto segue:**

Considerato che i farmaci a scuola non devono essere somministrati, salvo i casi autorizzati, i genitori o chi ne eserciti la potestà genitoriale (in seguito genitore), in caso di specifiche patologie già riconosciute nell'alunno, **che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico o che si manifestano in modo acuto e non prevedibile (eventi occasionali)**, così come dai successivi articoli, *presentano richiesta al Dirigente Scolastico* utilizzando il modulo (allegato 1) corredato della prescrizione alla somministrazione rilasciata dal medico curante (*pediatra di libera scelta (PLS), medico di medicina generale (MMG) o specialista Ospedaliero*) come da allegato 4/5 (eventi occasionali).

A fronte di *specifiche richieste/autorizzazione dei genitori degli alunni e di prescrizione, certificazione del medico*, il *Dirigente Scolastico individua il personale della scuola* che, avendone dato la disponibilità e che opportunamente formato dalle Aziende ASL territorialmente competenti, interviene, se necessario, anche con la somministrazione di farmaci previamente consegnati dai genitori e custoditi a scuola.

## **Articolo 1: Specifiche patologie già riconosciute**

La somministrazione di “*farmaci salvavita*” a scuola, secondo le modalità previste dal presente protocollo, riguarda i casi di “*crisi convulsive*”, “*asma bronchiale*”, “*shock anafilattico*”, “*diabete giovanile*”.

## **Articolo 2: richiesta/autorizzazione**

I **genitori**, in caso di bisogno di eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico:

1. fanno richiesta di autorizzazione alla somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico, secondo lo schema allegato al numero 1 e 2;
2. accompagnano la richiesta di somministrazione con la presentazione di una certificazione medica redatta dal PLS, dall'MMG o dallo specialista Ospedaliero, secondo lo schema allegato al numero 4/5 (eventi occasionali);
3. garantiscono la loro disponibilità a confrontarsi con i soggetti coinvolti e la loro presenza in affiancamento al personale individuato dal dirigente scolastico, durante le fasi di formazione/addestramento del personale cui verrà affidato l'intervento;
4. forniscono tempestivamente tutte le informazioni necessarie e utili alla gestione generale e quotidiana del minore, in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia (es. assenze del bambino dalla comunità, riduzione dell'orario scolastico/formativo, eventuali cambiamenti di residenza/domicilio/recapiti telefonici, oppure modifiche del piano terapeutico, etc.);
5. garantiscono la fornitura del farmaco necessario – in confezione integra e in corso di validità – nonché la sostituzione tempestiva dello stesso alla data di scadenza;
6. forniscono al Dirigente Scolastico uno o più' recapiti telefonici dove garantiscono la reperibilità per ogni evenienza ed eventualmente quello del medico prescrittore;
7. assicurano direttamente l'intervento nei casi di necessità (ad es. in assenza del personale cui è affidato l'intervento);.

## **Articolo 3: prescrizione/certificazione**

La **prescrizione/certificazione** del MMG, del PLS, dello specialista Ospedaliero deve specificare, in modo chiaramente leggibile e senza possibilità d'equivoci e/o errori:

1. il nome e cognome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci,
4. Il nome commerciale del farmaco,
5. le modalità di somministrazione del farmaco,
6. la dose da somministrare,
7. la modalità di *conservazione* del farmaco,
8. la durata della terapia,
9. gli eventuali effetti collaterali,

I criteri a cui si atterrano i medici prescrittori sono:

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.

#### **Articolo 4: il Dirigente Scolastico**

- Il **Dirigente Scolastico**, a fronte di richiesta/autorizzazione e di prescrizione/certificazione:
  1. valuta la fattibilità organizzativa;
  2. autorizza l'accesso alla scuola nell'orario previsto per l'intervento al genitore o ai soggetti che agiscono su delega formale dei genitori stessi;
  3. individua, in primis fra il personale già nominato come addetto al Primo Soccorso (che è stato formato ai sensi del D.Lgs.81/08 e DM 388/2003), gli operatori scolastici disponibili (docenti, collaboratori Scolastici, personale educativo/assistenziale) a somministrare i farmaci, e ai quali deve essere garantita prioritariamente l'informazione e la formazione specifica; si fa in ogni caso riferimento alle raccomandazioni ministeriali citate in premessa;
  4. organizza momenti formativi per gli operatori scolastici disponibili, anche con il coinvolgimento del medico prescrittore e della famiglia e/o dello studente; la formazione è garantita dai medici dell'Azienda ASL territorialmente competente;
  5. autorizza la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico;
  6. si fa garante dell'organizzazione dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci, avvalendosi degli operatori scolastici opportunamente formati (se nel caso, coinvolgendo anche il medico prescrittore e la famiglia e/o studente);
  7. garantisce, vista la prescrizione/certificazione, d'intesa con la famiglia, la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso (armadietto, frigorifero rispondente ai requisiti di legge etc) e verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso;
  8. destina un locale e/o appositi spazi idonei per la conservazione dei farmaci, delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente (D.Lgs 196/2003);
  9. organizza le procedure operative (piano di Pronto Soccorso Aziendale) per la gestione dell'emergenza e l'informativa generale sulla patologia dell'alunno/a;
  10. costruisce, con tempestività, insieme all'ASL territorialmente competente, uno specifico "**Piano personalizzato d'intervento**", comprensivo dell'attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici (garantita dall'ASL territorialmente competente), che descrive

i comportamenti da attuare in caso di sintomatologia acuta e non prevedibile;

11. fornisce al genitore il “piano personalizzato d’intervento”;
12. invita espressamente, in occasione dei passaggi ad altre scuole, i genitori dello studente, o lo studente se maggiorenne, ad informare il Dirigente Scolastico della scuola di destinazione e concorda la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto;
13. partecipa ai monitoraggi dell’USR, segnalando le necessità relative ad alunni che necessitano di interventi di cui al presente protocollo.

#### **Articolo 5: il personale scolastico**

Il **personale scolastico** (*docente e ATA*) individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco e resosi disponibile:

1. partecipa alle attività d’informazione/formazione/aggiornamento;
2. provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione e nel “piano personalizzato d’intervento”;
3. aggiorna la “scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi e sugli interventi effettuati”.

Il personale scolastico non disponibile all’effettuazione dell’intervento specifico è comunque tenuto, in relazione al proprio ruolo nell’inserimento scolastico dell’alunno (docente di classe, di plesso, di laboratorio, ecc.) o nella gestione delle emergenze (addetto primo soccorso) ad acquisire le informazioni utili a garantire la necessaria vigilanza sul benessere dell’alunno.

#### **Articolo 6: l’Azienda ASL**

1. organizza la gestione dei casi attraverso incontri che coinvolgono le parti interessate (familiari, operatori scolastici, ...) dopo la segnalazione del Dirigente scolastico o dell’USR,
2. esprime pareri su richiesta del Dirigente Scolastico sui casi,
3. si rende disponibile a organizzare/partecipare a incontri di formazione degli operatori scolastici sulle specifiche patologie presenti fra gli alunni,
4. fornisce il necessario supporto nella redazione del “piano personalizzato d’intervento”,
5. partecipa all’aggiornamento periodico del “piano personalizzato d’intervento”.

#### **Articolo 7: l’Ufficio Scolastico Regionale :**

1. provvede annualmente al monitoraggio e alla raccolta dei dati (suddivisi per ASL e per tipologia di scuola), trasmettendoli – entro il mese di ottobre e giugno dell’anno scolastico - alle Direzioni Sanitarie delle ASL. Al fine di monitorare l’applicazione del protocollo saranno raccolti:
  - il numero di casi segnalati;
  - la tipologia d’intervento messa in atto;
  - le criticità emerse e le soluzioni identificate.

2. provvede a favorire nelle scuole, attraverso seminari e conferenze di servizio, la conoscenza delle più frequenti patologie riscontrabili in ambito scolastico e garantire una maggiore disponibilità da parte del personale scolastico;

### **Articolo 8: Autosomministrazione dei farmaci da parte degli studenti**

Fermo restando quanto già indicato nel presente Protocollo d'Intesa, vista la maggiore autonomia degli studenti di fascia d'età tra i quattordici e i diciassette anni, si conviene sulla possibilità di prevedere per questi studenti *l'autosomministrazione dei farmaci autorizzati* e il coinvolgimento degli studenti stessi nel Progetto d'Intervento che li riguarda.

Il momento della raggiunta completa autonomia del minore nell'auto somministrazione del farmaco e/o nell'esecuzione dell'intervento specifico deriverà dalla valutazione congiunta della famiglia e del medico curante e/o specialista.

È previsto anche in questo caso che il genitore o lo studente maggiorenne dia comunicazione al Dirigente Scolastico in merito al farmaco usato con presa d'atto da parte di quest'ultimo (come da allegato 3).

Per i casi specifici riguardanti alunni d'età inferiore ai quattordici anni che hanno acquisito autonomia nell'auto-somministrazione, d'intesa con l'ASL e la famiglia, si può prevedere un progetto d'intervento finalizzato all'auto-somministrazione.

### **Articolo 9: Gestione dell'Emergenza**

In tutti gli eventi acuti che rivestono i caratteri d'emergenza, relativamente ai casi già noti alla scuola e rientranti nel presente protocollo, è prescritto il ricorso al 118. L'operatore scolastico, interloquendo con un medico della centrale operativa su linea registrata, potrà essere autorizzato alla somministrazione del farmaco - già in possesso della scuola - prescritto dal medico specialista/curante (All.4-5), , in attesa che arrivi il soccorso sanitario.

È in ogni caso prescritta l'informazione al genitore contestualmente all'evento acuto.

### **Articolo 10: durata della validità del presente protocollo d'intesa**

1. Il presente protocollo ha validità di cinque anni, in via sperimentale, a partire dalla data della stipula e può essere aggiornato ed integrato in conseguenza di modifiche normative, di specifiche necessità o di richiesta da una delle parti firmatarie.
2. Almeno sei mesi prima della naturale scadenza del primo triennio, le parti si impegnano a verificare i risultati del protocollo e a ridefinire i termini degli impegni ed il successivo periodo di validità.
3. Le aziende ASL territorialmente competenti si impegnano ad informare del presente protocollo i PLS, gli MMG, gli Specialisti che possono aver in cura pazienti scolarizzati.

Potenza, lì \_\_\_\_\_

**Letto, condiviso e sottoscritto**

**Direzione Generale Ufficio Scolastico Regionale – Dirigente Coordinatrice**

**(Dott.ssa Claudia Datena)**

---

**Regione Basilicata – Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona  
(Ing. Donato Vincenzo Pafundi )**

---

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP – Direttore Generale**

**(Dott. Giovanni Battista Bochicchio)**

---

**Azienda Sanitaria Locale di Matera ASM – Direttore Generale**

**(Dott. Pietro Quinto)**

---

**Allegato 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"**

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
SOMMINISTRAZIONE MINORENNI**

(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 Dr. \_\_\_\_\_

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 D.Lgs. 196/03 ( 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)

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

**Allegato 2: "AUTORIZZAZIONE"**

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
SOMMINISTRAZIONE MINORENNI**

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

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/i -tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

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

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data \_\_\_\_\_

**Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**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 scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

### **Allegato 3: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"**

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

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola secondaria \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_  
affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

#### **Comunico**

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, 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'autosomministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

\_\_\_\_\_

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

**Allegato 4: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA CONTINUATIVA"**

**Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) 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)**

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Eventuali note:  
 \_\_\_\_\_

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

**Allegato 5: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER EVENTI OCCASIONALI ”**

**Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in presenza di eventi occasionali acuti**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza**:

\_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

Dose: _____
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note _____
Data .....
Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

## PROCEDURA OPERATIVA

**1 I genitori o i tutori di alunni** affetti da patologie croniche o assimilabili, qualora non siano in grado di provvedere direttamente o attraverso propri delegati, presentano la richiesta al dirigente scolastico, accompagnata da dichiarazione medica attestante la patologia del figlio/a o del tutelato/a e la terapia farmacologia. Tale richiesta dovrà essere conforme all'Allegato 1 ed integrata con la dichiarazione medica di cui all' Allegato 4/5 (eventi occasionali).

**2 Il dirigente scolastico** verifica la disponibilità del personale (in primis quello addetto al primo soccorso) a praticare, previa opportuna formazione/addestramento, la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai genitori e custoditi a scuola o in possesso dell'alunno. In questa fase il dirigente scolastico valuta l'opportunità di richiedere all'ASL l'informazione preliminare (*un inquadramento generale della patologia dell'alunno, con particolare attenzione alle conoscenze utili a garantire la sicurezza dell'alunno stesso in relazione ai suoi bisogni speciali di salute*) rivolto a tutto il personale docente/ATA della scuola/classe ove è inserito l'alunno.

In caso di disponibilità del personale si passa al punto 4.

**3** In caso di non disponibilità del personale si procede all'applicazione dell'art. 4 delle Raccomandazioni MIUR/Ministero Salute 25/11/2005.

**4** I genitori inviano al dirigente scolastico una seconda richiesta redatta con i contenuti dell'Allegato 2.

6 Il dirigente scolastico stabilisce le procedure operative, compreso la gestione dell'emergenza, rendendole note ai genitori e al personale designato (art.4).