Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO CORRADO MELONE

Alle famiglie e agli alunni

Al sito web – Registro elettronico

Circolare n. 65

Oggetto: Procedura per la somministrazione di farmaci salvavita e indispensabili in ambito e orario scolastico

Ai sensi delle Raccomandazioni MIUR–Ministero della Salute del 25 novembre 2005 (nota prot. n. 2312) e Protocollo d'intesa USR Lazio–Regione Lazio del 31 gennaio 2018, trasmesso con nota USR Lazio prot. n. 5985 del 19 febbraio 2018, si impartiscono le seguenti indicazioni, a tutela del diritto alla salute e alla frequenza scolastica.

1. Richiesta e prescrizione medica

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale presentano alla Dirigente domanda scritta (Allegato 1) con prescrizione medica specifica (Allegato 2). Essa deve indicare necessità in orario scolastico, farmaco, dose, via, tempi e condizioni di somministrazione e conservazione, durata, eventuali effetti avversi e istruzioni in caso di urgenza. Per interventi affidabili a personale non sanitario, le operazioni non devono richiedere competenze specialistiche o scelte terapeutiche discrezionali.

Le famiglie comunicano tempestivamente variazioni della terapia, dei recapiti e delle condizioni rilevanti; la documentazione è riesaminata a inizio anno e in occasione delle variazioni. La sola domanda non costituisce autorizzazione all'intervento da parte del personale scolastico.

2. Organizzazione e autosomministrazione

La Dirigente valuta la documentazione, le condizioni organizzative e la disponibilità di personale specificamente formato, con il coinvolgimento dei servizi sanitari competenti. In caso di impossibilità o necessità di competenze sanitarie, la scuola promuove un percorso assistenziale con famiglia e servizi territoriali. L'eventuale accesso del genitore o di persona delegata va preventivamente concordato e autorizzato.

L'eventuale autosomministrazione, vigilanza o affiancamento vanno valutati in relazione all'età, all'autonomia dell'alunno e alla prescrizione medica; particolare attenzione è riservata ai bambini della scuola dell'infanzia.

3. Consegna, conservazione e attività esterne

I farmaci e gli eventuali presidi sono consegnati dalla famiglia in confezione originale, integra e non scaduta, mediante verbale (Allegato 3); la famiglia cura la sostituzione prima della scadenza e in caso di modifica della terapia. La scuola assicura custodia conforme alle indicazioni mediche e pronta reperibilità per gli operatori individuati. Le esigenze individuali sono considerate preventivamente anche per uscite, viaggi, attività sportive e laboratoriali.

4. Emergenza e riservatezza

In emergenza il personale attiva tempestivamente il 112/118, segue le indicazioni ricevute e informa la famiglia; ogni intervento farmacologico segue esclusivamente il piano individuale. Le informazioni sanitarie sono trattate solo dai soggetti autorizzati per quanto necessario, senza diffusione a classi o gruppi.

La modulistica rivolta alle famiglie comprende: Allegato 1 domanda; Allegato 2 prescrizione del medico; Allegato 3 verbale di consegna del farmaco, da compilare insieme alla scuola.

Gli altri atti sono riservati all'istruttoria interna.

Ladispoli, 12 ottobre 2026

La DIRIGENTE
Isabella Palagi
Firma autografata sostitutiva a mezzo stampa ex. Art.3, comma 2, del Dlgs. N. 39/1993

ALLEGATO 1 – RICHIESTA DELLA FAMIGLIA

Alla Dirigente scolastica dell'Istituto Comprensivo «Corrado Melone»

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale

Alunno/a o studente/ssa _____

Classe _____ Sede/plesso _____

Recapiti per urgenze _____

CHIEDE l'attivazione del percorso per il farmaco prescritto dal medico, allegando certificazione medica.

□ Farmaco salvavita □ Farmaco indispensabile

□ Somministrazione da personale individuato e formato

□ Accesso di genitore □ Accesso di persona delegata (nome e recapito): _____

□ Autosomministrazione secondo prescrizione medica (autonoma / vigilata / affiancata)

Il richiedente si impegna a fornire il farmaco integro e valido, a sostituirlo e a comunicare tempestivamente ogni variazione.

La richiesta autorizza gli operatori individuati a eseguire esclusivamente quanto previsto da prescrizione e piano; non esonera da responsabilità stabilite dalla legge.

Data _____ Firma del richiedente _____

ALLEGATO 2 – CERTIFICAZIONE E PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Da compilare e sottoscrivere dal medico curante/specialista.

Alunno/a _____ Nato/a il _____

Condizione clinica rilevante _____

Farmaco (nome e principio attivo) _____

□ Salvavita □ Indispensabile

Dose _____ Via _____ Frequenza _____

Quando somministrare / segni o condizioni di attivazione: _____

Tempo massimo utile dall'evento _____

Modalità di preparazione e somministrazione _____

Conservazione _____ Durata/validità _____

Effetti avversi e comportamento da adottare _____

Istruzioni in urgenza e criteri per chiamata 112/118 _____

□ Autosomministrazione non prevista □ autonoma □ con vigilanza □ con affiancamento

Si attesta la necessità della terapia in orario scolastico; ove prevista somministrazione da personale non sanitario, l'intervento non richiede cognizioni specialistiche o discrezionalità tecnica.

Data _____ Medico _____ Timbro e firma _____

ALLEGATO 3 – VERBALE DI CONSEGNA / SOSTITUZIONE / RICONSEGNA DEL FARMACO

Studente/alunno _____ Classe/plesso _____

□ Consegna □ Sostituzione □ Riconsegna

Farmaco _____ Confezioni/quantità _____

Lotto (se disponibile) _____ Scadenza _____

Presidi/accessori _____

Conservazione prescritta _____

Data e ora _____

Consegnato da _____ Firma _____

Ricevuto da _____ Firma _____

Annotazioni _____