



# Istituto Comprensivo Statale "Pier delle Vigne"

Scuola dell' Infanzia, Scuola Primaria  
e Secondaria di I° grado - INDIRIZZO MUSICALE  
P.zza S.Tommaso d'Aquino,1 - 81043 - CAPUA (CE) tel.0823-962283-fax 0823/1462869

ISTITUTO COMPrensIVO  
"PIER DELLE VIGNE"- CAPUA  
Prot. 0007385 del 17/11/2023  
IV-8 (Uscita)

A tutto il personale docente  
A tutto il personale ATA  
A tutte le famiglie degli alunni  
All'albo – Sito WEB

## PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

### Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica.

Considerato che:

1. il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci 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;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica formazione riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
4. nei casi 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.

### Iter procedurale/Modulistica

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente Scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (**Allegato A**), prescrizione del medico curante per farmaci indispensabili/salvavita (**Allegato n. 4**) o prescrizione del medico curante per farmaci occasionali (**Allegato n. 5**), che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

- ✓ prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- ✓ l'assoluta necessità;
- ✓ **indispensabilità della somministrazione in orario scolastico;**
- ✓ la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;\*
- ✓ **la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.**

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome cognome dell'alunno;
- patologia dell'alunno;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli;
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente Scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- **Allegato B** se trattasi di farmaco salvavita
- **Allegato C** se trattasi di farmaco Indispensabile.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano di intervento gli insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- **Allegato D** verbale di consegna per farmaco indispensabile/salvavita.
- **Allegato E** Registro individuale somministrazione farmaci indispensabili
- **Allegato F** Registro individuale somministrazione farmaci salvavita
- **Allegato G** Registro farmaci in custodia

**La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.**

Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

**\* La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.**

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
**Dott.ssa Ida Colandrea**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. 39/93

**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti .....

genitori di..... nato a.....

il..... residente a.....

in Via .....

frequentante la classe ..... della Scuola Scuola.....

sita a..... in Via.....

essendo il minore affetto da patologia che richiede la somministrazione in ambito ed orario scolastico di farmaci,

**CHIEDONO**

che venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco a scuola come da prescrizione medica allegata, rilasciata

in data ..... dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario,

**AUTORIZZANO**

il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, alla somministrazione del farmaco

**SOLLEVANO**

la Scuola da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 101/2018.

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà .....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ..... ..

**Allegato B**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all'alunno/a ..... frequentante la classe ..... plesso

..... a seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dai Sigg..... per il/la

figlio/a..... relativa alla  
somministrazione del farmaco **salvavita**.

Il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato  
PIANO DI AZIONE.

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale docente	Personale ATA

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

***Dott.ssa Ida Colandrea***

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. 39/93

**Allegato C**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

Al Personale Docente  
Al Personale ATA

Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a ..... frequentante la classe.....plesso  
..... a seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
dai Sigg..... per il/la figlio/a  
..... relativa alla  
somministrazione del farmaco **indispensabile**.

Il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore..... all'alunno/a nella dose di ..... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (indicare il luogo della custodia):.....
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da: .....

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità

Il Personale incaricato (firma)

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

***Dott.ssa Ida Colandrea***

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. 39/93



**Allegato D**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA/INDISPENSABILE**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....  
consegna ai docenti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale. .... da  
somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ..... nella dose ..... come da  
certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data .....  
dal dott. ....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore

I docenti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato E**

**REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI INDISPENSABILI**

PLESSO \_\_\_\_\_

ALUNNO/A \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

NATO/A a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

NOME DEL FARMACO \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

LUOGO DI CONSERVAZIONE \_\_\_\_\_

Data	Ora	Farmaco somministrato	Dose	Firma somministratore	Note

**Allegato F**

**REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA**

PLESSO \_\_\_\_\_

ALUNNO/A \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

NATO/A a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

NOME DEL FARMACO \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

LUOGO DI CONSERVAZIONE \_\_\_\_\_

Data	Ora	Farmaco somministrato	Dose	Firma somministratore	Note

**Allegato G**

**REGISTRO DEI FARMACI IN CUSTODIA**

FARMACO	Scadenza	TIPO DI SOMMINISTRAZIONE	
		Quotidiana	Urgenza

SEDE DI CUSTODIA	LUOGO DI CUSTODIA

- a) A ogni farmaco è allegata la prescrizione medica che indica dose e modalità di somministrazione.
- b) Al termine dell'anno scolastico il farmaco in custodia sarà restituito alle famiglie.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

***Dott.ssa Ida Colandrea***

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. 39/93

## PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale

..... da somministrare in caso di ..... (indicare l'evento) ..... come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: (indicare il luogo dove sarà conservato) .....

Nel caso al bambino/a ..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

### Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
  - chiama i genitori,
  - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
  - accudisce il bambino
  - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **docenti supplenti o supplenti del personale ATA** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dei docenti di plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

***Dott.ssa Ida Colandrea***

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. 39/93