



## DIREZIONE DIDATTICA STATALE 3° CIRCOLO

### “Madre Teresa di Calcutta”

Cod. Fisc. 93007720639 – Cod. Scuola NAEE32300A – Codice Univoco Uff. UDFMFG

## ALLEGATO 4

### PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

*Approvato dal Consiglio di Istituto nella seduta del 06/02/2023*

#### IL CONSIGLIO DI ISTITUTO

##### **Premesso che:**

- a) la tutela della salute e del benessere degli alunni che richiedono interventi durante l'orario scolastico in relazione a patologie acute e croniche è una priorità di sistema e richiede il raccordo tra i diversi attori coinvolti al fine di garantire un appropriato percorso di gestione degli interventi nel contesto scolastico;
- b) la seguente regolamentazione è finalizzata:
  - a garantire un'appropriate assistenza agli alunni che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico;
  - ad evitare incongrue somministrazioni di farmaci;
  - a sostenere gli insegnanti per garantire un contesto che aiuti scuola, famiglie e alunni a gestire al meglio la patologia e, là dove ne sussistano le condizioni, a promuovere un percorso di empowerment individuale nella gestione autonoma dei bisogni connessi alla patologia;
- c) è da evitare la somministrazione in orario scolastico di terapie per il trattamento di patologie non croniche e l'eventuale ed improrogabile somministrazione di farmaci non deve richiedere cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale scolastico, che viene comunque sollevato da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- d) nelle situazioni che presentassero particolari criticità, al fine di individuare le modalità di gestione più appropriate, il percorso individuale sarà oggetto di esame congiunto e potrà prevedere il coinvolgimento di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, programmando, se necessario, attività di formazione a favore del personale che ha fornito la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco;
- e) in tutti i casi che possano rivestire i caratteri dell'urgenza resta in ogni modo prescritto il ricorso al Servizio di Emergenza che valuterà l'eventuale necessità di intervento diretto;

**Viste** le 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”*;

**Considerato** che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;

**Al fine** di garantire un approccio omogeneo ed appropriato agli interventi di somministrazione dei farmaci in ambito scolastico,

## **STABILISCE QUANTO SEGUE**

### **A) PROCEDURA ATTUATIVA**

Considerato che i farmaci a scuola non possono essere somministrati se non in seguito a specifica certificazione medica, i genitori, in caso di necessità, presentano al Dirigente scolastico la prevista richiesta di autorizzazione completa della certificazione dello stato di malattia e il relativo Piano Terapeutico redatti dal medico curante/pediatra.

**I GENITORI** (o chi ne è responsabile):

- nella richiesta di somministrazione dichiarano 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, 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 comunicare tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.
- autorizzano, se del caso e se prescritto dal medico, l'auto-somministrazione del farmaco.
- acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

### **IL DIRIGENTE SCOLASTICO:**

- verifica la sussistenza di tutti gli elementi che giustificano la somministrazione di farmaci in orario scolastico e comunica ai genitori l'avvio della procedura;
- autorizza, se prevista e certificata, l'auto-somministrazione del farmaco;
- concede, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica);
- informa il personale scolastico interessato (docenti e collaboratori scolastici);
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed ATA, in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso (ai sensi del D. L. 81/08);
- individua gli operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici) volontariamente disponibili a somministrare i farmaci;
- garantisce la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso;
- garantisce la tutela della privacy;
- coinvolge Enti e Servizi Sanitari locali ogniqualvolta risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni.

### **IL MEDICO CURANTE:**

- rilascia la prescrizione per la somministrazione del farmaco a scuola per assoluta necessità;
- specifica che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico;
- specifica la non discrezionalità, da parte di chi somministra il farmaco, in relazione a tempi, posologia, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- specifica la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario;
- indica il Piano terapeutico del farmaco da somministrare.

Il modulo di prescrizione deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile e senza possibilità di equivoci o errori:

- dati dell'alunno destinatario dell'intervento
- stato di malattia certificato
- nome commerciale del farmaco e principio attivo
- forma farmaceutica
- modalità di somministrazione
- dosaggio
- orario di somministrazione
- durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico)
- eventuale capacità di auto-somministrazione
- terapia di mantenimento
- terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata)
- modalità di conservazione del farmaco
- descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

#### **IL PERSONALE SCOLASTICO:**

Si impegna a:

- collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente;
- partecipare a momenti di formazione congiunta con personale specializzato;
- segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata;
- provvedere alla somministrazione del farmaco;
- ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

#### **B) SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO**

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, etc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile. In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco. Il Consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

#### **C) AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI**

Pu essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati, se prevista e certificata da parte di studenti che siano autonomi (Allegati 1 e 2). Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto.

#### **D) GESTIONE DELL'EMERGENZA**

Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza il personale somministratore, e comunque il personale scolastico presente, attiverà una Chiamata di Soccorso al 118.

Fanno parte integrante del presente Protocollo:

**Allegato 1** - Richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 2** - Prescrizione medica per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 3** - Dichiarazione di disponibilità del personale docente/ata per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 4** - Designazione del personale autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

*(la richiesta ha validità per l'anno scolastico in cui viene presentata e si deve rinnovare in ogni caso di trasferimento/passaggio ad altro Istituto in corso d'anno)*

**Al Dirigente Scolastico  
del 3° Circolo Didattico  
"Madre Teresa di Calcutta"  
di Casalnuovo di Napoli**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ Scuola Infanzia Scuola Primaria del plesso  
\_\_\_\_\_ di questo Istituto, essendo il minore affetto da  
\_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

**DICHIARANO 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/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, 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 comunicare tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;

autorizzano il minore stesso all'auto-somministrazione del farmaco, sotto la vigilanza del personale della scuola, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico (*nell'allegato n. 2*);  
acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si allega:

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

(luogo e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori: \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Medico Curante: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**

---

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ medico curante/pediatra  
dell'allievo \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola  
\_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico,

**PRESCRIVE**

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON  
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI AL SUDETTO/A ALUNNO/A

**PIANO TERAPEUTICO DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE**

Stato di malattia certificato: \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco e principio attivo: \_\_\_\_\_

Forma farmaceutica: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_ Dosaggio: \_\_\_\_\_

Orario di somministrazione: \_\_\_\_\_

Durata terapia (*entro i limiti del singolo anno scolastico*): dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Capacità di auto-somministrazione perché paziente istruito: SI NO

Terapia di mantenimento: \_\_\_\_\_

Terapia in caso di manifestazioni acute (*eventuale scheda per patologia allegata*):  
\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco:  
\_\_\_\_\_

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:  
\_\_\_\_\_

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Si esclude la discrezionalità, da parte di chi somministra il farmaco, in relazione a tempi, posologia, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE/ATA PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

**Al Dirigente Scolastico del 3° Circolo Didattico  
“Madre Teresa di Calcutta” di Casalnuovo di Napoli**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
insegnante/ addetto personale ATA, in servizio nell'a.s. \_\_\_\_\_ presso Codesto Istituto,  
nel plesso \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_ *(solo per il personale docente)*

**DICHIARA**

**di essere/non essere disponibile** *(cancellare la voce che non interessa)* a somministrare in orario scolastico  
il farmaco indispensabile/salvavita all'alunno/a \_\_\_\_\_,  
della classe \_\_\_\_\_ Scuola Infanzia Scuola Primaria, secondo il piano di intervento  
depositato agli atti della Scuola.

**di essere/non essere in possesso di formazione per “Primo soccorso”** *(cancellare la voce che non  
interessa)*

Casalnuovo di Napoli ,.....

Firma

\_\_\_\_\_

**DESIGNAZIONE DEL PERSONALE AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

**Al Personale Docente e ATA  
del 3° Circolo Didattico  
“Madre Teresa di Calcutta”  
di Casalnuovo di Napoli**

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'Istituto 3° Circolo Didattico “Madre Teresa di Calcutta” di Casalnuovo di Napoli, relativa alla somministrazione di farmaci in orario scolastico, dai Genitori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ Scuola  
Infanzia Scuola Primaria del plesso \_\_\_\_\_ di questo Istituto, il Dirigente

Scolastico designa il Personale di seguito indicato:

1. \_\_\_\_\_  
—

2. \_\_\_\_\_  
—

3. \_\_\_\_\_  
—

4. \_\_\_\_\_  
—

5. \_\_\_\_\_  
—

6. \_\_\_\_\_

— a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

*Firma per presa visione e conferma della disponibilità:*

Personale Docente:

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

Personale ATA:

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

Casalnuovo di Napoli, \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico** \_\_\_\_\_

**VERBALE DI CONSEGNA FARMACI DA SOMMINISTRARE IN ORARIO SCOLASTICO**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il/la Sig. \_\_\_\_\_  
e la Sig.ra \_\_\_\_\_ genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ Scuola Infanzia Scuola Primaria del Plesso \_\_\_\_\_  
consegna a \_\_\_\_\_  
una confezione nuova ed integra del farmaco \_\_\_\_\_  
da somministrare all'alunno/a in caso di \_\_\_\_\_  
(*indicare l'evento*) come da certificazione medica agli atti della scuola e in copia allegata alla presente.

I Genitori:

autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato/scaduto.

comuniceranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Il Personale della scuola (*qualifica*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I Genitori \_\_\_\_\_