



**Ministero dell'Istruzione**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**Istituto Comprensivo MILANI – Fondi**

Via Toscana, 1 - 04022 Fondi LT –Tel. 0771/501653-Fax 0771/504956 – PEO [ltic853009@istruzione.it](mailto:ltic853009@istruzione.it)  
PEC: [ltic853009@pec.istruzione.it](mailto:ltic853009@pec.istruzione.it) – Sito Web: [www.icmilanifondi.it](http://www.icmilanifondi.it)

<b>PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA a.s. 2020/2021</b>	Pagina 1 di 12

## Scopo

Consentire a tutti gli studenti frequentanti e con patologie croniche che necessitano di interventi terapeutici programmati in orario scolastico o di interventi in emergenza prevedibile, di frequentare la scuola in modo sicuro e senza fattori di emarginazione

## Modalità Operative

La somministrazione di farmaci per il trattamento di patologie croniche a scuola è riservata a situazioni eccezionali ed improrogabili ed è organizzata secondo un percorso che, coinvolgendo l'alunno, la famiglia, il medico proponente, l'istituto scolastico, il medico curante ed il distretto socio sanitario, perviene alla definizione di specifico progetto d'intervento. A tal fine ciascuna situazione proposta è oggetto di attento esame e confronto, se necessario attraverso apposito incontro, tra tutti gli attori coinvolti, alla ricerca delle modalità di gestione più appropriate.

Di seguito si illustrano le competenze dei singoli attori

### 1) LA FAMIGLIA O CHI ESERCITA LA PODESTA' GENITORIALE

- Presenta richiesta al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo (allegato A1 o A2) corredato della prescrizione medica alla somministrazione rilasciata esclusivamente dal medico di famiglia (allegato B). Si precisa che richiesta e prescrizione hanno validità limitata all'anno scolastico nel corso del quale sono redatte. In caso di modifica della terapia nel corso dell'anno, la precedente richiesta / prescrizione viene annullata e sostituita dalla nuova richiesta / prescrizione.
- Fornisce il farmaco, controllandone la scadenza. Al momento della consegna dovrà essere stilato il verbale di cui all'allegato F.

### 2) IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Riceve la richiesta dai genitori (allegato A1 o A2) corredata della prescrizione per la somministrazione rilasciata da medico di famiglia (allegato B).
- Individua, preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al pronto soccorso (ai sensi del D.Lgs. 81/08 e D.M. 388/03), gli operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici), disponibili a somministrare i farmaci e/o alla vigilanza in caso di autosomministrazione.

In assenza di qualsiasi disponibilità, il Dirigente Scolastico ne dà comunicazione alla famiglia e chiede la collaborazione all'ASL per concordare un progetto d'intervento temporaneo e, allo stesso tempo, favorire lo sviluppo di disponibilità interne all'istituto.

- Garantisce che la conservazione di farmaci e degli strumenti in uso sia effettuata in modo corretto e sicuro;

- Si fa garante dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci avvalendosi degli operatori individuati, opportunamente formati e della puntuale registrazione, su apposito diario, di ogni intervento effettuato (intervento orario, dose, firma);
- In occasione dei passaggi ad altra scuola, invita espressamente i genitori della studente ad informare il dirigente scolastico della scuola di destinazione e concorda la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.

### **3) IL MEDICO DI FAMIGLIA e/o IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

➤ Rilascia ai genitori, su loro richiesta ed eventualmente a seguito di proposta di medico specialista, la prescrizione alla somministrazione del farmaco/i (allegato B) avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile

I criteri a cui il medico di famiglia si attiene nella prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola sono i seguenti:

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

Il modulo di prescrizione (allegato B), deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità d'equivoci e/o errori;

- Nome e cognome dell'alunno/a
- Nome commerciale del farmaco;
- Dose da somministrare;
- Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- Durata della terapia.

La prescrizione del farmaco deve essere chiara graficamente in modo da essere leggibile in modo inequivocabile e agevole.

Non è consentito l'uso di abbreviazioni o acronimi (esempio "u" invece che "unità" potrebbe essere confuso con uno zero).

Deve essere evitato l'uso di numeri decimali (per esempio scrivere 500 mg invece che 0,5 g)

### **4) IL PERSONALE SCOLASTICO**

Il personale scolastico disponibile individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco

- Partecipa a specifici momenti formativi
- Provvede alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione
- Collabora attivamente con la famiglia nella gestione del caso
- Provvede in situazioni di emergenza, previa attivazione del 118, alla somministrazione del farmaco salvavita secondo le metodiche prescritte nella certificazione e nel piano personalizzato di intervento

#### **Allegati:**

**All. A1** – Richiesta di somministrazione di farmaci da parte della famiglia

**All. A2** – Richiesta di autosomministrazione di farmaci da parte della famiglia

**All. B** – Prescrizione medica

**All. C** – Verifica disponibilità alla somministrazione

**All. D** – Risposta del personale scolastico

**All. E** – Autorizzazione e piano di intervento

**All. F** – Verbale per consegna medicinale indispensabile

**All. G** – Dichiarazione somministrazione farmaci in orario scolastico

**Normativa di riferimento**

## **Normativa di riferimento**

- D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 “Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”;
- Documento “Atto di Raccomandazioni del 25 novembre 2005 contenente le Linee-Guida per la definizione di interventi finalizzati all’assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico” predisposto dal Ministero dell’Istruzione, dell’Università e delle Ricerche d’Intesa con il Ministero della Salute;
- Legge 27 maggio 1991 n. 176 sulla Convenzione dei Diritti del bambino;
- Decreto Legislativo n. 112 del 31/03/1998 sulle strategie fondamentali della politica scolastica, in particolare sulla centralità dei “bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti”;
- DM n. 388 del 15/07/2003 in attuazione dell’art. 15 del DL n. 626/’94 (“tutti i cittadini sono obbligati dalle disposizioni vigenti ai doveri di primo soccorso” e “nelle scuole è presente personale dirigente, docente, educativo, ATA adeguatamente formato);
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 275 dell’8 marzo 1999 “Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell’art. 21 della Legge n. 59 del 15 marzo 1997;
- Legge n. 53 del 28 marzo 2003 di delega al Governo per la definizione delle norme generali dell’Istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale;
- Decreto Legislativo n. 76 del 15 aprile 2005 “Definizione delle norme generali sul diritto-dovere all’istruzione ed alla formazione, a norma dell’art. 2, comma 1, lettera c) Legge n. 53 del 28/03/2003;
- Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 (diritto per i parenti di assistere il paziente e particolari agevolazioni);
- Legge n. 115 del 16 marzo 1987;
- Legge n. 67 dell’1 marzo 2006 “Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni”.

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti.....

genitori di.....

nato a ..... il.....

residente a ..... in via.....

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

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

essendo il minore affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....

dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

Genitori.....

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

**RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti .....  
genitori di .....  
nato a ..... il .....  
residente a .....  
in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola .....  
sita a ..... in Via.....

Essendo il minore affetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità:

- che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola
- di essere autorizzati a somministrare personalmente in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica
- di autorizzare il/la Sig ....., da noi delegato/a a somministrare in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI  NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

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

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Si certifica che l'alunno Cognome ..... Nome ..... Data di nascita  
..... Residente a ..... in Via  
..... Frequentante la scuola  
..... classe ..... affetto da  
.....

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento  
.....  
che si manifesta con la seguente sintomatologia .....

Nome commerciale di farmaco .....

Modalità di somministrazione .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Orario.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Note .....

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO       SI con le seguenti modalità .....

Data.....

TIMBRO E FIRMA  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**VERIFICA DELLA DISPONIBILITA'  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**

Come evidenziato nella richiesta allegata i genitori di

.....

frequentante la scuola dell'infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di primo grado di ...

..... sezione/classe .....

chiedono la disponibilità del personale insegnante / ausiliario della scuola .....

..... di somministrare il/i seguente/i farmaco/i:

.....

.....

Verificato che , come attestato dalla certificazione medica allegata, la somministrazione non comporta perizia ed abilità specialistica e le conseguenze relative all'errata somministrazione non sono da considerarsi di significativa gravità per la salute del bambino, sono ad esprimere parere favorevole ed a richiedere la vostra disponibilità alla somministrazione dei farmaci come indicato dai documenti allegati.

Sono consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che, pertanto, di norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire.

Rimarco infine che:

- in accordo con la famiglia, in caso di disponibilità, si è formalizzata la ferma volontà dei genitori di non imputare al personale scolastico ogni eventuale effetto relativo alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere sul/la bambino/a o derivanti dalle modalità di somministrazione degli stessi;
- la corresponsabilità del sottoscritto qualora la presente richiesta venisse accolta;
- uno specifico "Percorso d'intervento", comprensivo dell'attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici disponibili, garantita dall'ASL e volta a sostenere il personale che si è reso disponibile.

In attesa della vostra consapevole e libera risposta,

Data, .....

Il Dirigente Scolastico

.....

**RISPOSTA ALLA RICHIESTA DI  
SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

Noi sottoscritti

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

personale docente ed ATA della scuola \_\_\_\_\_ in  
relazione alla richiesta pervenuta dal Dirigente Scolastico come da domanda della famiglia e da certificato  
medico nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e che la somministrazione di tali farmaci  
è ritenuta indispensabile affinché il/la bambino/a possa frequentare la scuola;

- evidenziando altresì di non avere competenze né funzioni in merito e di norma di non essere autorizzati  
alla somministrazione di farmaci dichiarano di

- acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;
- non acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;

Restando in attesa di un ulteriore riscontro si porgono Cordiali Saluti.

Data, .....

Il personale

.....  
.....  
.....  
.....

Ai genitori dell'alunno

.....  
.....

Al Personale scolastico della scuola

.....  
.....

## AUTORIZZAZIONE E PIANO DI INTERVENTO IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig..... per il/ la figlio/a..... relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile / salvavita il Dirigente Scolastico, acquisito il consenso scritto del personale 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 come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Dell'operazione verrà compilato il verbale Allegato F
- Il farmaco sarà conservato in un armadietto a temperatura ambiente/in frigorifero, in un apposito contenitore chiuso che porterà all'esterno in modo chiaro il nominativo dell'alunno interessato, il nome del farmaco, la posologia e la data di scadenza del medicinale.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da

.....  
che seguirà la seguente procedura:

- preleva il farmaco e verifica la corrispondenza del farmaco prescritto con quello da somministrare controllando la scadenza e la posologia
- si porta con l'alunno, chiaramente identificato tramite la richiesta di generalità, in un locale diverso dalla classe per garantire la privacy
- disinfetta le superfici con cui si verrà a contatto, indossa i guanti monouso e somministra il farmaco in caso di farmaco salvavita :
- chiama la collega o il coll. scol. con un segnale concordato e soccorre il/labambino/a.
- la collega o il coll. scol. porta il medicinale , chiama il 118 e i genitori, riunisce e porta i bambini in un'altra classe affidandoli all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- somministra il farmaco al bambino/a

In caso di uscita didattica, viaggio o visita di istruzione la procedura sarà la seguente:

.....  
.....

- Il personale supplente al momento dell'entrata in servizio dovrà **essere informato del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso.**

Data,..... l

I Dirigente Scolastico

.....

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE  
INDISPENSABILE O SALVAVITA**

Alunno/a .....

In data ..... alle ore ..... la/il Sig ..... genitore

dell'alunno/a,.....

frequentante la classe ..... / sez. ....della.scuola .....,

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale .....

..... da somministrare al bambino/a

ogni giorno alle ore..... nella dose.....

oppure in caso di ..... 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.

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

..... Il  
genitore 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.

Data, .....

I genitori

.....

I Docenti

.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: DICHIARAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

I sottoscritti insegnanti della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_ In seguito alla richiesta dei genitori dell'alunno \_\_\_\_\_

COMUNICANO IL SEGUENTE PIANO TERAPEUTICO

<u>NOME FARMACO</u>	<u>MOD. CONSERVAZ.</u>	<u>GIORNO</u>	<u>ORARIO</u>	<u>SOMMINISTRATORE</u>

**Il personale seguirà le modalità e le posologie indicate dai genitori.**

NOMINATIVO

FIRMA

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

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

Priverno Li \_\_\_\_\_