

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

### **PREMESSO CHE:**

1. Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/11/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
2. Le problematiche riguardo la somministrazione di farmaci sono da tempo all'attenzione delle istituzioni scolastiche e non;
3. A scuola i farmaci non vengono somministrati se non nei casi in cui adeguata certificazione medica ne attesti l'assoluta e inderogabile necessità;
4. L'insorgenza di situazioni problematiche richiede particolare attenzione al fine di tutelare in ogni bambino e bambina sia il diritto alla salute che quello all'istruzione;
5. A scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

### **SI DISPONE**

**IL SEGUENTE PROTOCOLLO IN CUI SI DECLINANO I COMPITI E LE RESPONSABILITA' DELLE PARTI INTERESSATE: FAMIGLIA, MEDICO CURANTE, ASL E ISTITUZIONE SCOLASTICA.**

### **LA FAMIGLIA:**

- richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. (Allegato 1);
- autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Allegato 2);
- fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante;
- comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.

### **IL MEDICO CURANTE:**

- rilascia il certificato (modello a disposizione della Scuola) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;

- indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;
- indica la modalità di conservazione del farmaco;
- indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;
- indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.

#### **IL DIRIGENTE SCOLASTICO:**

- valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico (Allegato 3);
- individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;
- individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;
- promuove l'organizzazione del servizio scolastico, in particolar modo dei collaboratori scolastici, affinché si impegnino a rispondere con tempestività alle chiamate da parte dei docenti della sezione in cui è presente il bambino o la bambina che necessita di un intervento immediato;
- promuove incontri con l'ASL, il Medico curante, la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:
  - la patologia e le sue manifestazioni;
  - la fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;
  - la non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;
  - la presa d'atto della certificazione medica;
  - le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;
  - indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.

#### **L'ASL:**

- partecipa agli incontri promossi dal Dirigente Scolastico con il personale della Scuola, con la Famiglia e il Medico curante;
- assicura la propria disponibilità ad effettuare formazione su richiesta della Scuola;
- garantisce il servizio territoriale di emergenza alle chiamate del personale scolastico.

**Gli atti prodotti in conformità agli allegati hanno validità un anno.**

Il Dirigente Scolastico

.....

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Al Dirigente Scolastico

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

Padre ..... Tutore .....

Madre .....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

Genitori: Tel.....Cell.....

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



**AII. B**

### **PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

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

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

Y 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 del 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**

**AII. C**

Al Personale Docente  
e ATA della Scuola

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

Con la presente si intende verificare la disponibilità tra il personale docente e non docente di questa Istituzione Scolastica a somministrare, qualora fosse necessario, il farmaco salvavita ad un alunno secondo le indicazioni precisate nell'autorizzazione medica allegata alla richiesta del genitore dell'alunno bisognoso.

Si precisa che il personale scolastico docente e non docente è sollevato dal genitore dell'alunno bisognoso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica, se effettuata nelle modalità prescritte dal medico.

Data, .....

Il Dirigente Scolastico

.....

Firma per accettazione

.....

.....

.....

Al Dirigente Scolastico

**RISPOSTA ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

Io sottoscritto .....  
docente di classe / collaboratore scolastico dell'alunno .....  
della classe ..... della scuola .....  
visto il certificato medico rilasciato in data .....  
dal Dott.re .....  
vista la richiesta del genitore Sig.re/ra .....  
di somministrazione del farmaco salvavita .....

**DICHIARO**

Su base volontaria e in virtù di un rapporto fiduciario con la famiglia di essere **disponibile a somministrare il farmaco salvavita** all'alunno, nei casi previsti dal certificato medico nell'anno scolastico .....

Dichiaro di conservare tale farmaco in modo sicuro nel seguente luogo: .....

Le cui chiavi sono in possesso di .....

Data, .....

Il docente di classe / Il collaboratore scolastico  
.....

**AII. E**

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 genitore provvederà alla verifica della scadenza del farmaco e alla sostituzione degli stessi.
- 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/la bambino/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, .....

Il 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 all'alunno/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:

Padre: Tel.....Cell.....

Madre: Tel..... Cell.....

Altri:Tel.....Cell.....

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, provvederà alla verifica della scadenza del farmaco e alla sostituzione degli stessi, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data, .....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

Padre ..... Tutore .....

Madre .....

I Docenti

.....

AII. G

Modello di autorizzazione dell'Azienda USL alla somministrazione di farmaci a scuola  
Nome e cognome dell'alunno

---

Nome commerciale del farmaco

---

Dose da somministrare \_\_\_\_\_  
Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

---

---

---

Durata della terapia

---

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (eventuale)

---

---

---

Note di pronto soccorso (eventuale)

---

---

---

Note percorso di formazione "in situazione" personale scolastico

---

---

---

Si dichiara che il suddetto farmaco può essere somministrato anche dal personale non in possesso di competenze mediche in quanto **non richiede il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica dell'adulto.**

Data, .....

Per l'Azienda ASL , il Medico

.....