



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE FILIPPO - DE RUGGIERO"

Via Vittorio Veneto - 80031 - Brusciano (NA) – Tel./Fax: 081/8862604  
E-mail: [NAIC8EK00N@istruzione.it](mailto:NAIC8EK00N@istruzione.it) – Posta certificata: [NAIC8EK00N@pec.istruzione.it](mailto:NAIC8EK00N@pec.istruzione.it)  
Sito web: <http://www.icdefilippoderuggiero.edu.it/> Cod. Fis.: 92044590633

### *Allegato C del Regolamento di Istituto*

## 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 in cui 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 o prescrizione del medico curante per farmaci occasionali, 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;<sup>1</sup>
- 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 / salvavita
- **Allegato F** 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.

Il Dirigente scolastico  
*Prof. ssa Maria Marino*

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, co. 2, D.L.vo 39/1993

---

<sup>1</sup> 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.

Il minore (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

**NECESSITA**

**della somministrazione di farmaci in ambito scolastico:**

farmaco salvavita

farmaco indispensabile

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario r senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco /i sono le seguenti:

**Nome commerciale del/i farmaco/i:** \_\_\_\_\_

**Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione):**

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

**Durata della terapia:** \_\_\_\_\_

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

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

**Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso:**

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

**DATA,** \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del MMG/PLS**

**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/aa.....  
il..... residente a.....  
in Via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola .....  
sita a..... in Via.....  
plesso .....

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 .....