



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VIA TACITO  
Civitanova Marche (MC)**

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO "E. MESTICA"  
SCUOLE PRIMARIE SAN MARONE - SANTA MARIA APPARENTE  
SCUOLE DELL'INFANZIA VIA TACITO - VIA GUERRAZZI - SANTA MARIA APPARENTE

**PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE  
DEI FARMACI A SCUOLA**

Il presente protocollo riunisce le procedure finalizzate all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica. Per la definizione del protocollo si fa riferimento alle "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico" emanate dal MIUR con nota n. 2312 del 25.11.2005.

**Quando somministrare i farmaci a scuola**

La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'ASL e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica (art. 2 Linee Guida 2005). La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori (Allegato A) unitamente alla certificazione rilasciata dal medico curante attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo.

**Il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno:**

- sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare 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);
- Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.

**Il Dirigente scolastico si impegna a:**

- Organizzare momenti formativi per il personale scolastico al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato;
- Fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo protocollo;
- Richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria;
- Individuare, sentito il responsabile della Sicurezza di ciascun plesso, il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;

- Concedere, 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 di cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica);
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza;
- Coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali sia per attività di formazione specifica, sia qualora risulti indispensabile 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 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 specifica e ad incontri di raccordo con la famiglie e il personale medico che segue l'alunno;
- Segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata;
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

#### **Le famiglie si impegnano a:**

- Segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico;
- Consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna;
- Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisca o risulti scaduto;
- Informare tempestivamente di eventuali variazioni relative alle indicazioni mediche;
- Consegnare all'Istituto la modulistica compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni mediche richieste.

#### **Gestione della somministrazione**

Resta prescrittivo il ricorso al Sistema sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

#### **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; il consiglio di classe che approva l'attività esterna dovrà indicare, unitamente al nominativo degli accompagnatori, quello della persona addetta alla somministrazione dei farmaci. In caso di difficoltà si valuteranno con la famiglia le condizioni di fattibilità e le conseguenti modalità di partecipazione degli alunni alle attività.

#### **Intervento del personale**

In caso si verifichi una situazione di emergenza per le quali si ravvisino le condizioni indicate dal medico curante, conservare la calma è fondamentale per affrontare adeguatamente il momento e garantire la massima sicurezza all'alunno.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

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

Oltre a **somministrare tempestivamente il farmaco salvavita** secondo le istruzioni impartite, è fondamentale **chiamare subito il numero di emergenza sanitaria 118**.

In seguito si riportano alcuni consigli per rendere efficace la telefonata:

- chiamare il 118;
- dare il nominativo di chi chiama, il luogo dell'evento (nome e indirizzo della scuola) e il recapito telefonico di chi chiama;
- informare il personale paramedico dello stato di salute dell'alunno descrivendo i sintomi che presenta e le condizioni in cui si trova;
- non chiudere mai la telefonata;
- non lasciare solo l'alunno; cercare di tranquillizzarlo in attesa dei soccorsi evitando in ogni modo il panico;
- lasciare l'alunno dove si trova, evitando di mantenerlo in posizione eretta;
- se l'alunno è cosciente metterlo in posizione antishock, sollevando le gambe in modo da favorire l'afflusso di sangue alla testa e al cuore. Se presenta difficoltà respiratoria tenere il busto un po' sollevato da terra;
- se l'alunno è incosciente metterlo nella posizione laterale di sicurezza secondo le norme di primo soccorso.

**Fanno parte integrante del presente Protocollo:**

**Allegato A** – Richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato B** - Prescrizione medica

**Allegato C** - Verbale per la consegna a scuola del medicinale salvavita

**Allegato D** – Richiesta di autorizzazione ad accedere nei locali della scuola per somministrare farmaci

Clausola di riservatezza. Le informazioni contenute o allegate al presente messaggio sono dirette unicamente ai destinatari sopraindicati. In caso di ricezione da parte di persona diversa è vietato qualunque tipo di distribuzione o copia. Chiunque riceva questa comunicazione per errore è tenuto ad informare immediatamente il mittente e a distruggere il messaggio. D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche.



Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. VIA TACITO

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBIENTE SCOLASTICO**

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

I sottoscritti ..... e .....  
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....  
nell'anno scolastico ....., affetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da  
prescrizione medica allegata, rilasciata in data ..... dal Dott. ....

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a (vedi allegato D)
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra ..... (vedi allegato D)
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

A tal fine si consegna il medicinale prescritto dal medico curante (vedi Allegato B – Verbale consegna medicinale) consapevoli che la richiesta non potrà essere accolta qualora il medico non riporti nella certificazione medica scritta a macchina o a caratteri chiaramente leggibili le seguenti indicazioni:

- 1) lo stato di malattia dell'alunno (affetto da .....);
- 2) il nome commerciale del farmaco da somministrare;
- 3) la tipologia di farmaco (salvavita o indispensabile);
- 4) la modalità di somministrazione;
- 5) l'eventuale orario di somministrazione;
- 6) la durata della terapia;
- 7) la modalità di conservazione;
- 8) l'eventuale terapia d'urgenza considerando
  - a- nome commerciale del farmaco
  - b- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione
  - c- modalità di somministrazione
  - d- modalità di conservazione
- 9) la dichiarazione del medico circa la valutazione positiva:
  - della fattibilità della somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario
  - che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario
  - che la somministrazione no richiede l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

**La famiglia è sempre reperibile ai seguenti recapiti**

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

**Si indica altresì il recapito del medico curante**

Tel. medico curante Dott. .... tel. ....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del GDPR 679/2016**

I sottoscritti, essendo a conoscenza delle informazioni contenute nel D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., nonché nel Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in particolare per quanto riguarda i diritti riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs 196/2003, acconsentono al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità indicate dalla informativa stessa, ove necessario.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

**In caso di firma di un solo genitore**

Il/La sottoscritto/a, ..... in qualità di genitore, o di chi esercita la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Civitanova M, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE DICHIARANTE

**NB:**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**

*Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità*

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome .....

Nato il ..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

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

Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:**

.....

**Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):**

Salvavita                       Indispensabile

**Modalità di somministrazione:**.....

**Orario:** 1<sup>^</sup> dose .....; 2<sup>^</sup> dose.....; 3<sup>^</sup> dose.....; 4<sup>^</sup> dose.....;

**Durata della terapia:** .....

**Modalità di conservazione:** .....

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

.....

.....

Dose:

.....

Modalità di somministrazione:

.....

Modalità di conservazione:

.....

**Si dichiara che:**

- la somministrazione dei farmaci può avvenire da parte di personale non sanitario
- la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario
- che la somministrazione non richiede l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

**Note**.....

.....

(Luogo e Data) ..... il .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

.....





Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. VIA TACITO

**VERBALE PER CONSEGNA A SCUOLA DEL MEDICINALE SALVA VITA**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
 genitore dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... sez ..... della scuola .....  
 consegna a ..... una confezione nuova ed integra del medicinale  
 ..... data di scadenza .....  
 da somministrare all'alunno/a in caso di<sup>1</sup> .....  
 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 reperibile ai seguenti recapiti

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Si indica altresì il recapito del medico curante

Tel. medico curante Dott. .... tel. ....

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

Il genitore

.....

Il coordinatore di classe

.....

1. Indicare l'evento

---



Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. VIA TACITO

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD ACCEDERE NEI LOCALI DELLA SCUOLA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI**  
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Il sottoscritt\_ .....  
 genitore di ..... nat\_ a .....  
 il ..... residente a .....  
 in via .....  
 frequentante la classe ..... sez. .... della Scuola .....  
 essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità,  
 chiede l'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola per la somministrazione al\_ propri\_ figli\_, in orario  
 scolastico, del farmaco di seguito indicato, come da allegata certificazione medica rilasciata in data  
 ..... dal dott. ....  
 Nome commerciale del farmaco  
 .....  
 Modalità di somministrazione.....  
 Posologia .....  
 Orario: .....  
 Durata terapia..... (entro i limiti del singolo a.s.)

**La famiglia è sempre reperibile ai seguenti recapiti**  
 Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....  
 Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....  
**Si indica altresì il recapito del medico curante**  
 Tel. medico curante Dott. .... tel. ....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
(ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del GDPR 679/2016)

I sottoscritti, essendo a conoscenza delle informazioni contenute nel D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., nonché nel Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in particolare per quanto riguarda i diritti riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs 196/2003, acconsentono al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità indicate dalla informativa stessa, ove necessario.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale  
 .....

**In caso di firma di un solo genitore**  
 Il/La sottoscritto/a, ..... in qualità di genitore, o di chi esercita la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.  
 Civitanova M, \_\_\_\_\_ FIRMA DEL GENITORE DICHIARANTE

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. VIA TACITO

- **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD ACCEDERE A SCUOLA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI**  
- (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

### Eventuale Delega

\_I\_ sottoscritt\_ ....., in caso di impossibilità a recarsi a scuola, delega \_I\_ signor\_ ....., nat\_ a ..... il ....., a somministrare al\_ propri\_ figli\_ il farmaco sopra indicato secondo le modalità già descritte.

Si allega copia del documento di riconoscimento del delegato documento n. .... rilasciato il..... da .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Firma del delegato

.....

.....

### In caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a, ..... in qualità di genitore, o di chi esercita la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Civitanova M, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE DICHIARANTE

\_\_\_\_\_