



# PROCEDURA OPERATIVA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

## Scopo.

Scopo della presente procedura è quello di fornire al personale scolastico le indicazioni necessarie per gestire, nell'ambito scolastico, la somministrazione di farmaci agli alunni/studenti, nel rispetto delle normative vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e di primo soccorso.

L'obiettivo finale è quello di garantire agli alunni/studenti il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica

## Campo di applicazione.

La presente procedura si applica all'interno dell'organizzazione scolastica, nei casi in cui gli alunni/studenti necessitino di somministrazione di farmaci esclusivamente in caso di **emergenza**, su esplicita richiesta dei genitori o altri soggetti esercitanti la potestà genitoriale e previa autorizzazione del medico.

Sono esclusi dalla presente procedura i casi in cui:

- gli alunni/studenti debbano seguire una cura farmaceutica, per la quale si organizzerà un protocollo di accesso ai locali scolastici dei genitori\* che somministreranno direttamente e personalmente i farmaci;
- gli alunni/studenti siano soggetti a periodici o prevedibili eventi che richiedono la somministrazione di farmaci, per la quale si organizzerà la presenza di personale specificatamente addetto (assistente personale, servizio di soccorso e simili).

## Riferimenti Normativi.

Il presente documento costituisce procedura operativa per la gestione dei casi di "somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico" ai sensi del D.Lgs. 81/08 e si attiene nello specifico alle indicazioni date nel D.M. 25.11.2005 dal Ministro dell'Istruzione e dal Ministro della Salute Università e Ricerca.

## Soggetti coinvolti.

- Famiglie degli alunni e/o altri soggetti esercenti la potestà genitoriale.
- La scuola, nelle figure del Dirigente Scolastico e del personale docente e collaboratore coinvolto nell'attuazione della presente procedura.
- I servizi sanitari: i medici e le ASL.

## Criteri generali

I farmaci NON devono essere somministrati dal personale scolastico, salvo che nei casi autorizzati dai medici.

L'Autorizzazione viene rilasciata dal medico su richiesta dei genitori\* degli alunni /studenti e viene consegnata al Dirigente Scolastico. Per il rilascio dell'autorizzazione i criteri a cui si attengono i medici sono:

- La somministrazione necessaria e **indispensabile** durante l'orario scolastico.
- La **fattibilità** della somministrazione da parte del personale non sanitario.
- La non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

## Modalità organizzative:

Nel caso in cui un alunno/studente necessiti in interventi di somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico si deve procedere con l'organizzazione di seguito descritta:

1. I genitori\* degli alunni/studenti forniscono alla scuola:
  - a) Richiesta scritta e firmata di somministrazione di farmaci in orario scolastico (conforme a allegato1).
  - b) Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con specifica prescrizione dei farmaci da assumere e autorizzazione alla somministrazione nell'ambito scolastico (conforme a allegato2).
2. Il Dirigente Scolastico, previo possesso della documentazione di cui al punto 1 valuta la fattibilità organizzativa:
  - a) Verifica/individua il gruppo di operatori scolastici incaricati della somministrazione di farmaci (tra personale docente e collaboratore che ha frequentato il corso di primo soccorso D.M. 388/03 – 12 ore).
  - b) Verifica/organizza la presenza del personale incaricato della somministrazione di farmaci (in relazione ai turni di lavoro, agli orari dell'alunno/studente, della possibilità di assenza degli incaricati).
  - c) Organizza la formazione specifica del personale incaricato della somministrazione di farmaci, tramite presentazione delle indicazioni scritte date dal medico e preferibilmente attraverso incontri personali tra gli addetti e il medico.
  - d) Verifica la possibilità di conservazione dei farmaci secondo la indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del fornitore (temperatura controllata, al buio, e simili) garantendone l'inaccessibilità agli altri alunni/studenti.

Se i criteri organizzativi risultano tutti completamente soddisfatti la procedura per somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico risulta correttamente attuabile e i requisiti normativi si considerano soddisfatti.

A supporto di tali considerazioni il Dirigente Scolastico compila e rende noto il "Piano per la somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico" (allegato 3).



## **SCHEMA RIEPILOGATIVO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA IN CASO DI EMERGENZA**

Pag. 1/1

- 1. È VIETATO al personale scolastico somministrare farmaci a scuola, salvo che nei casi espressamente AUTORIZZATI.**
  
- 2. Sono autorizzati i casi in cui la scuola è in possesso di:**
  - **RICHIESTA scritta e firmata dei GENITORI per la somministrazione di farmaci (allegato 1).**
  - **AUTORIZZAZIONE scritta e firmata del MEDICO (allegato 2), che attesta la necessità indispensabile di somministrazione e la fattibilità da parte di personale non sanitario.**
  
- 3. La scuola, una volta in possesso della documentazione di cui al punto 2:**
  - **individua gli incaricati,**
  - **verifica la possibilità di conservare correttamente i farmaci,**
  - **si fa parte attiva nell'organizzazione della formazione del personale addetto.**

### **Si precisa che:**

- **La scuola è OBBLIGATA ad organizzare un piano per la gestione della somministrazione di farmaci in caso di emergenza.**
- **Gli obblighi e le responsabilità degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza sono quelle di tutti i cittadini e di tutti i lavoratori.**
- **Essere AUTORIZZATI NON SIGNIFICA ESSERE OBBLIGATI a somministrare il farmaco, in quanto in caso di emergenza gli addetti valutano comunque la possibilità di far intervenire i genitori e/o i servizi di pronto soccorso e solo nel caso sussista l'urgenza e ritengano di poter applicare serenamente le istruzioni del medico procederanno con la somministrazione del farmaco.**

**Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI**

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome* *Cognome e Nome*

in veste di:  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da: \_\_\_\_\_  
*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

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. \_\_\_\_\_.

Precisano che la somministrazione del farmaco **è fattibile anche da parte di personale non sanitario** e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario

**Sollevano**

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

**Autorizzano**

- il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco
- l'alunno/a ad autosomministrarsi il farmaco in ambito scolastico

**Acconsentono** al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

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

Genitori: \_\_\_\_\_

**Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE**  
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)  
**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA**

Relativamente all'alunno: \_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

**SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA**

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

**1° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

**2° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_ Timbro e firma A.S.L. Di competenza \_\_\_\_\_

*Timbro e Firma del medico*

**VERBALE DI INFORMAZIONE PER GLI ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA**

Data, \_\_\_\_\_

**Persone Presenti:**

<b>Figura</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Firma</b>
Dirigente Scolastico		
Medico		
Personale Sanitario		
Personale Scolastico incaricato della somministrazione		

Relativamente all'alunno: \_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

non sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

**Argomenti tratti - considerazioni:**

Verifica completezza della documentazione autorizzativi (richiesta genitore + autorizzazione medico).

Nominativi degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza.

Verifica delle modalità di conservazione dei farmaci secondo la indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del produttore.

Istruzioni d'uso del produttore del farmaco.

Descrizione dei sintomi del disturbo dell'alunno/studente (eventualmente data dal personale medico)

Descrizione delle modalità di intervento (eventualmente data dal personale medico).

Effetti dei farmaci somministrati.

Altro:

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

## Allegato 4- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

### PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO

Relativo all'alunno: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

Il dirigente scolastico,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

#### INDIVIDUA

il gruppo di operatori scolastici incaricati in caso di emergenza della somministrazione dei farmaci, costituito dalle seguenti persone:

Sig. \_\_\_\_\_ Firma .....

La formazione degli operatori sopra elencati è avvenuta tramite:

La messa a disposizione delle istruzioni d'uso del produttore del farmaco.

La messa a disposizione delle istruzioni del medico (allegato 2).

Incontro informativo, sulle modalità organizzative, con il dirigente scolastico (data \_\_\_\_\_).

Incontro informativo/formativo avuto con il medico prescrivente sulle modalità attuative (data \_\_\_\_\_).

Incontro informativo/formativo con altro personale sanitario competente sulle modalità attuative (data \_\_\_\_\_).

Incontro con i genitori per informazioni in data \_\_\_\_\_).

La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:

Conservazione in frigorifero a temperatura \_\_\_\_\_

Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.

Conservazione fuori dalla portata dei bambini.

Si raccomanda di :

-portare il farmaco in caso di uscite dalla scuola;

-adottare tutte le forme di prevenzione possibili per non esporre l'alunno ad alimenti che potrebbero causare reazione allergica;

-chiamare il servizio 118 di pronto intervento in caso di necessità

-avvisare immediatamente la famiglia tramite i numeri telefonici da loro forniti;

-informare tempestivamente eventuali supplenti che si avvicendano nella classe

-tutelare la privacy;

-altro: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

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

**RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONI DI FARMACI**

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome* *Cognome e Nome*

in veste di:  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da: \_\_\_\_\_  
*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO**

L'autorizzazione all'autosomministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile da parte del figlio/a.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_ Genitori: \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE**  
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)  
**ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA**

Relativamente all'alunno: \_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

**SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA**

L'autosomministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte dell'alunno, in ambito ed in orario scolastico:

**1° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

**2° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Timbro e Firma del medico*

**PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO**

Relativo all'alunno: \_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

non sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

Il dirigente scolastico,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

**AUTORIZZA**

**L'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno**

La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:

Conservazione in frigorifero a temperatura \_\_\_\_\_

Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.

Conservazione fuori dalla portata dei bambini.

Altro: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

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

**Allegato 1/rinn - alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**RINNOVO RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI**

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome* *Cognome e Nome*

in veste di:  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da: \_\_\_\_\_  
*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO DI CONTINUARE PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO**

la somministrazione in caso di **emergenza** in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica.

rilasciata in data : \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_.

- Si fa presente che è ancora valida la documentazione medica agli atti della scuola  
 Si allega certificato del medico di base attestante la prosecuzione dello stato di malattia

Si precisa che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario** e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_ Genitori: \_\_\_\_\_

**RINNOVO RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONI DI FARMACI**

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome* *Cognome e Nome*

in veste di:  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da: \_\_\_\_\_  
*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO DI CONTINUARE PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO**

l'autosomministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica

rilasciata in data : \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_.

- Si fa presente che è ancora valida la documentazione medica agli atti della scuola
- Si allega certificato del medico di base attestante la prosecuzione dello stato di malattia

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile da parte del figlio/a.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_ Genitori: \_\_\_\_\_