

## **PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA (PARTE INTEGRANTE DEL DVR)**

### **Premessa**

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti 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, pertanto, si predispose il presente protocollo ai sensi dell'Art. 4 (commi 10 e 11) del Protocollo d'intesa tra MIUR Basilicata e Ente Regione Basilicata, ASP di Potenza e ASM di Matera del 17/9/2021, specifico per la somministrazione agli Alunni di farmaci a Scuola, che prevede l'intervento degli Operatori scolastici per il primo soccorso chiamando il Servizio 118 (Art. 6, comma 4), esonerando la scuola e tutti i suoi operatori da qualsivoglia responsabilità.

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 in situazione" 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 1) corredata da autorizzazione medica 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 attenendosi ai criteri di:

- assoluta necessità;
  - somministrazione indispensabile in orario scolastico
  - 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;
  - fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- dovranno indicare indicato in modo chiaro e leggibile:
- nome cognome dell'alunno;

- patologia dell'alunno;
- nome commerciale del farmaco;
- dose da somministrare e modalità di somministrazione;

- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.
- effetti collaterali
- indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche
- capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.

#### **Auto-somministrazione:**

Nei casi in cui l'alunno minore abbia raggiunto una parziale o totale autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, d'intesa con il medico e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

- Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, dovrà evidenziare anche la capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico.

#### **Procedura attuativa**

Accettata la documentazione precedentemente elencata, il Dirigente scolastico:

- verifica la disponibilità del personale scolastico (Allegato 5) ad effettuare la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale e custoditi a scuola come richiesto dalla famiglia, previa opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia,
- invia la documentazione al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale, con la richiesta di formazione in situazione del personale scolastico individuato.
- Predisporre la modulistica specifica: Allegati che seguono (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

#### **Formazione in situazione**

Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente scolastico o con il Responsabile della struttura formativa per la realizzazione della formazione in situazione, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un'apposita scheda (Allegato 3).

## **Registrazioni**

Tutti gli interventi andranno annotati, su di un apposito “registro di somministrazione” (Allegato 6) istituito dal Dirigente Scolastico, a cura da parte del personale che ha effettuato la somministrazione o ha coadiuvato l’alunno all’auto-somministrazione

## **Integrazione tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza**

Nell’applicazione del presente Protocollo, il trattamento dei dati personali e sensibili e tutte le azioni connesse alla somministrazione dei farmaci sono eseguiti nel rispetto della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

IL RSPP

IL MEDICO COMPETENTE

Al presente protocollo è acclusa la seguente modulistica:

Allegato 1: RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTIC

Allegato 2: PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

Allegato 3: SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Allegato 4: VERIFICA DISPONIBILITA’ DEL PERSONALE

Allegato 5: autorizzazione AL PERSONALE DISPONIBILE per somministrazione farmaci

Allegato 6: REGISTRO SOMMINISTRAZIONE FARMACO

Allegato 7: VERIFICA DISPONIBILITA’ DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

## Allegato 1

### RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra .....
- 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.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  - La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato .....,

Lotto ..... scadenza ..... e relativa prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

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

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED 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>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> dose.....;

Durata della terapia: .....

Modalità di conservazione: .....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

Parziale autonomia

Totale autonomia

Note.....

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

Timbro e Firma del Medico curante

.....



**Istituto Comprensivo L. SINISGALLI**  
Via Anzio snc – 85100 POTENZA  
C.F.96007340761  
Codice Meccanografico PZIC87900X  
Segreteria - ☎ 0971/411793  
✉ e-mail: [pzic87900x@istruzione.it](mailto:pzic87900x@istruzione.it)

Allegato 3

### SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe..... istituzione scolastica .....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico e profilo professionale

.....  
.....

#### 1. CONTENUTI DEL CORSO: TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO

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

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

.....

#### 2. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO IN RIFERIMENTO AL PUNTO 1.

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

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

.....

#### 3. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO

.....  
.....

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

.....

#### 4. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento di cui ai punti 1, 2 e 3 e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico

.....

Allegato 4

**VERIFICA DISPONIBILITA' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente un allievo affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione".

Il personale disponibile, fermo restando che secondo il parere della Procura della Repubblica di Treviso per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco, che si attiene alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso, è sollevata da ogni responsabilità penale e civile derivante da tale intervento

Il Personale disponibile alla somministrazione	
Nome e cognome	(firma):

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

Il Dirigente Scolastico



**Istituto Comprensivo L. SINISGALLI**  
 Via Anzio snc – 85100 POTENZA  
 C.F.96007340761  
 Codice Meccanografico PZIC87900X  
 Segreteria - ☎ 0971/411793  
 ✉ e-mail: [pzic87900x@istruzione.it](mailto:pzic87900x@istruzione.it)

Allegato 5

**AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DISPONIBILE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Al Personale Docente  
 Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaci:

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ....

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all'alunno/a .....

scuola ..... classe ..... sez. ....

il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l'alunno nell'auto-somministrazione, con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Il Dirigente Scolastico

.....



**REGISTRO SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

In ottemperanza alla procedura per la somministrazione di farmaco (salvavita o indispensabile) per l'alunno:

..... classe ..... sezione .....

sono stati eseguiti i seguenti interventi:

giorno	ora	Tipo intervento	dose	Firma leggibile

## PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
dal/i Sig. ....  
relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita  
 assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a .....  
scuola ..... classe ..... sez. ....  
come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Premesso che:

- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ..... (indicare il luogo dove sarà conservato) .....

### Comportamenti del personale

In caso di Crisi Epilettica Prolungata, il personale della scuola darà l'allarme con il suono di un fischietto, appositamente predisposto, e interverrà secondo le indicazioni del 118.

L'eventuale somministrazione del farmaco, da parte del personale formato, avverrà come indicato dal medico di famiglia, con l'apposito protocollo sanitario, senza discrezionalità da parte del personale della scuola.

Nel caso l'emergenza si verificasse al di fuori della classe (atrio, corridoio, laboratori, biblioteca, bagni) tutto il personale scolastico è tenuto ad essere informato e, in caso di emergenza, seguire le indicazioni del 118 per accudire e mettere in sicurezza il bambino.

Nel caso, fortuito, in cui dovesse verificarsi che al momento della crisi non fosse presente nella struttura nessuno del personale formato per la situazione, il personale presente si attiva per la chiamata al 118 e ne segue le indicazioni.

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

Il Dirigente Scolastico

.....