



## ISTITUTO COMPRENSIVO N. 16 - VALPANTENA

Piazza Penne Mozze, 2 – 37142 Poiano - Verona

☎ 045/8700503 – 045/8700303 - fax 045/8700037 – C.F. 93185540239

✉ [segreteria@ic16verona.edu.it](mailto:segreteria@ic16verona.edu.it) - [vric887003@pec.istruzione.it](mailto:vric887003@pec.istruzione.it)

🌐 [vric887003@istruzione.it](mailto:vric887003@istruzione.it) - 🏠 [www.ic16verona.edu.it](http://www.ic16verona.edu.it)



Circ. n. 24 - prot. 3384/V-7

Verona, 4 settembre 2021

**Al Personale Docente ed A.T.A. dell'Istituto  
Ai Genitori/tutori degli alunni e delle alunne  
E, p.c., al personale di Segreteria  
Al "Faldone Sicurezza" d'Istituto  
Sito web/Registro elettronico**

### **OGGETTO: somministrazione farmaci in ambito scolastico/gravi patologie – Protocollo**

#### **Premessa**

Si ricorda che le informazioni sullo stato di salute sono protette dalla normativa sulla riservatezza e, quindi, il loro trattamento deve essere ridotto al minimo indispensabile a garantire la sicurezza dell'alunno/a stesso/a.

**La somministrazione di farmaci** è riservata al personale medico e paramedico. In determinate circostanze, però, è ammissibile l'intervento di personale non specializzato (c.p. Art. 54 Stato di necessità - *Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. [...]*).

**Lo scopo di questo protocollo** è quello di assicurare il diritto all'istruzione e alla salute di tutti gli alunni e di tutelare la tranquillità del personale riducendo l'incertezza ed il rischio di errori.

#### **FAMIGLIE:**

- Devono comunicare alla Dirigente Scolastica attraverso la segreteria didattica (AA signora Mara) le situazioni di rischio ed eventuali variazioni in corso d'anno.
- Devono fornire alla Scuola tutta la documentazione utile per la prevenzione del rischio.
- Devono fornire alla Scuola e tenere aggiornati i contatti telefonici d'emergenza.

#### **DOCENTI E COLLABORATORI SCOLASTICI:**

##### **In caso di emergenza o se avete dubbi su situazioni di pericolo di tipo sanitario e infortuni:**

- In presenza di sintomi sospetti, avvertite immediatamente la famiglia.
- Se i sintomi appaiono gravi o in caso di dubbio, chiamate direttamente il 118 e seguite le istruzioni dell'operatore.
- Chiedete il supporto di altri adulti presenti nel plesso (Collaboratori Scolastici o Docenti). Non lasciate l'alunno senza la supervisione di un adulto.

Le telefonate al 118 vengono registrate: questo costituisce un'ulteriore garanzia del vostro operato.

## **SOMMINISTRAZIONE FARMACI:**

### **Si ricorda che**

i farmaci a scuola **non** devono essere somministrati agli studenti salvo i casi autorizzati dai genitori (**e vidimati dalla Dirigente Scolastica**) quando siano presenti le condizioni seguenti:

1. assoluta necessità;
2. somministrazione indispensabile in orario scolastico;
3. non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
4. fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

L'autorizzazione viene rilasciata dai genitori degli studenti che presentano **la documentazione sanitaria utile** per la valutazione del caso.

L'autorizzazione alla somministrazione di farmaci agli studenti in orario scolastico sarà formulata su apposito modulo e consegnata alla Dirigente Scolastica (vedi moduli allegati).

### **DIRIGENTE SCOLASTICA**

La Dirigente Scolastica, attraverso la segreteria didattica:

1. acquisisce il modulo di autorizzazione da parte della famiglia;
2. acquisisce il modulo di autorizzazione da parte del medico curante;
3. individua il gruppo di operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici, personale educativo/assistenziale) disponibili a farsi carico dell'intervento previa informazione/formazione da parte di personale sanitario;
4. verifica la possibilità di conservazione dei farmaci secondo le indicazioni riportate dal medico e dal fornitore;
5. in occasione dei passaggi ad altre scuole invita i genitori a dare le opportune informazioni alla Dirigente Scolastica della scuola di destinazione e ad inoltrarle la documentazione necessaria.

### **GESTIONE DELL'EMERGENZA**

Gli operatori scolastici adottano i seguenti comportamenti:

1. **contattano immediatamente il 118 e ne seguono le indicazioni;**
2. contattano la famiglia e ne seguono le indicazioni;
3. in caso di necessità di immediata somministrazione del farmaco, somministrano il farmaco come richiesto/autorizzato dai genitori e come certificato dal medico curante.

Resta in ogni modo obbligatorio il ricorso al Servizio Territoriale Emergenza (118) nei casi in cui si presenti la necessità di interventi di competenza tipicamente sanitaria, da eseguirsi in tempi non differibili in relazione alla gravità del rischio e nei casi in cui il protocollo di intervento risulti inefficace o circostanze specifiche lo rendano inattuabile.

**Si fa presente che la modulistica per la somministrazione deve essere presentata OGNI ANNO, così come deve essere effettuato il controllo per la scadenza dei farmaci DA PARTE DELLA FAMIGLIA E DEL PERSONALE DOCENTE.**

Cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica  
Monica Di Cagno  
Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs 39/93

**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/a e da consegnare alla Dirigente Scolastica)

I Sottoscritti:

e

\_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

\_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

in veste di:

genitori

o

soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno/a:

\_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato/a a :

\_\_\_\_\_

in data:

\_\_\_\_\_

frequentante la classe:

\_\_\_\_\_

della scuola:

\_\_\_\_\_

con sede in Via:

\_\_\_\_\_

del Comune di:

\_\_\_\_\_

essendo il/la minore affetto/a  
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 Dr.

\_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco **è possibile 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 delle norme vigenti.

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**  
(Pediatria di libera scelta o Medico di Medicina generale)  
**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**  
**IN CASO DI EMERGENZA**

Relativamente all'alunno/a:

\_\_\_\_\_ *Cognome e Nome*

Nato/a a :

in data:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

residente in via:

del comune di:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

frequentante la classe:

della scuola:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con sede in Via:

del Comune di:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

affetto/a 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 del medico*

**Allegato 3- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**VERBALE DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE**

**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/a:

\_\_\_\_\_ *Cognome e Nome*

nato/a a :

in data:

residente in via:

del comune di:

frequentante la classe:

della scuola:

con sede in Via:

del Comune di:

affetto/a 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 le 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/a:

Cognome e Nome

nato/a a :

in data:

residente in via:

del comune di:

frequentante la classe:

della scuola:

con sede in Via:

del Comune di:

affetto/a da:

*Riportare la patologia diagnosticata*

La Dirigente scolastica,

- 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. \_\_\_\_\_

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

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

**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 la dirigente scolastica/referente di plesso (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 \_\_\_\_\_).

**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: \_\_\_\_\_

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

La Dirigente Scolastica  
Professoressa Monica Di Cagno