



## **IV ISTITUTO COMPRENSIVO “G. LEOPARDI”**

Piazza Stella Maris Rione Minissale 98125 MESSINA - Tel./Fax 0903697129

Cod.fiscale 80006720835 - Cod.meccanografico MEIC86200B

E-mail: [meic86200b@istruzione.it](mailto:meic86200b@istruzione.it) - [meic86200b@pec.istruzione.it](mailto:meic86200b@pec.istruzione.it)

A tutto il personale docente e non docente  
dell'Istituto  
Al personale ATA  
Ai genitori

**OGGETTO:** Somministrazione farmaci a scuola. Procedure d'intervento e modulistica

### **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.

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 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 (**all. A**) 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 dovranno dichiarare:

- stato di malattia dell'alunno;
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile 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 (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);
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente;
- 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 predisponde l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

**all. B/1** se trattasi di farmaco salvavita;

**all. C/1** se trattasi di farmaco indispensabile.

Il Dirigente scolastico o, in sua assenza, il referente incaricato del Dirigente procederà a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

**all. B/2** verbale per consegna farmaco salvavita

**all. C/2** verbale per consegna farmaco indispensabile.

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione (**all. D**).

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. (**all. E**)

La Dirigente Scolastica  
Dott.ssa Ersilia Caputo  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39/93*

**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO  
SCOLASTICO DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E  
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti.....genitori  
di..... nato/a.....  
..... il ..... residente a.....  
in via.....frequentante la classe .....  
della Scuola..... del IV I. C. "G. Leopardi"  
plesso.....

Essendo il minore affetto da.....  
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario  
scolastico del/i farmaco/i come da allegata proposta del medico rilasciata in data ...  
..... dal Dott.....

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

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

Messina, .....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

• Genitori \_\_\_\_\_

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

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

Data di nascita .....Residente a .....

in via ..... Telefono ..... Classe .....

della Scuola .....dell' I.C. "G.Leopardi" , Dirigente Scolastico

dott.ssa Ersilia Caputo

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: ... .. Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico .....-.....)

dal..... al.....

Terapia di mantenimento: .....

.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

.....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

Note .....

.....

Data .....

Timbro e firma del Medico

.....



All. C1

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO  
INDISPENSABILE**

Al Personale Docente  
Al Personle ATA  
Al Direttore S.G.A.

**Oggetto:** autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile  
all'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_ del IV I.C. "G.Leopardi"

A seguito della richiesta inoltrata dal/i Sig. \_\_\_\_\_  
presso la direzione dell'Istituto, per il/la proprio/a figlio/a , relativa alla somministrazione del farmaco  
indispensabile, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano  
di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della Scuola una confezione nuova ed integra del medicinale  
\_\_\_\_\_ da somministrare ogni giorno alle ore \_\_\_\_\_  
all'alunno/a nella dose di \_\_\_\_\_ come da prescrizione medica già  
consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la Scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il  
medicinale sarà terminato1 .
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale  
che effettuerà la somministrazione2 : \_\_\_\_\_
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da3 :

.....  
.....

Messina, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Ersilia Caputo

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

- 1 .Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
- 2 .Indicare il luogo della custodia
- 3 Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni.

**Allegato B/2**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_ dell'I.C. " G. Leopardi", consegna al Dirigente scolastico  
/Collaboratore del D.S. ins. \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del  
medicinale \_\_\_\_\_  
da somministrare al/alla bambino/a in caso di \_\_\_\_\_  
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 ed inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_

Messina, \_\_\_\_\_

Il genitore

Il Collaboratore del Dirigente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare l'evento

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Dott.ssa Ersilia Caputo

**Allegato C/2**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_ dell' I.C. "G.Leopardi", consegna al Dirigente scolastico  
/Collaboratore del D.S. ins. \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del  
medicinale \_\_\_\_\_  
da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore \_\_\_\_\_ 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 disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_

Messina, \_\_\_\_\_

Il genitore

Il Collaboratore del Dirigente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Dott.ssa Ersilia Caputo



**Allegato/ D**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

dell'I.C. " G. Leopardi"

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono che il minore **si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott.

\_\_\_\_\_

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Messina, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante \_\_\_\_\_

Genitori \_\_\_\_\_

**Allegato E**

**VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA/ INDISPENSABILE**

(da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell'alunno)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ l'Insegnante/ Il Collaboratore Scolastico

\_\_\_\_\_ dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

della Scuola  Infanzia  Primaria  Secondaria di I Grado \_\_\_\_\_

riconsegna al/ai Genitore/i – Affidatari

Sig./ra/Sigg. \_\_\_\_\_

una confezione di medicinale \_\_\_\_\_

depositato in data \_\_\_\_\_ nel caso di somministrazione d'emergenza come

da documentazione agli Atti.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato

\_\_\_\_\_

-----  
Il/I Genitore/i Sig./Sig. ra/Sigg. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

constatata l'integrità della confezione, ritira/ritirano il medicinale.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

Il/I Genitore/i

L'incaricato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



IV ISTITUTO COMPRENSIVO "G. LEOPARDI" di Messina  
A.S. 2022 /2023

## PIANO DI AZIONE PER FARMACI SALVAVITA

**Alunno/a** .....**Classe** .....

**Num. Tefonico dei genitori** .....

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed Intgra del seguente medicinale .....  
da somministrare in caso di .....  
(indicare l'evento) come da certificazione medica già consegnata in Segreteria e allegata in copia alla presente. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto ( al momento della consegna del farmaco sarà stilato il relativo verbale). 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).

Nel caso dovesse presentarsi l'evento predetto, il personale della scuola Interverrà attuando il seguente piano di azione.

### **Comportamenti del personale**

Conservare la calma per poter affrontare adeguatamente la situazione.

Non perdere tempo.

E' molto importante potersi avvalere di due o più persone per:

- chiamare i genitori,
- informare il 118 e prendere nota delle eventuali indicazioni ricevute,
- accudire l'alunno/a,
- consegnare il farmaco all'alunno nei casi di auto-somministrazione o somministrare il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

