

# ISTITUTO COMPRESIVO DI SISSA TRECASALI

Piazzale Gianni Rodari n. 1 Trecasali - 43018 Sissa Trecasali (Parma)

Sito WEB: [www.icsissatrecasali.edu.it](http://www.icsissatrecasali.edu.it) Tel. 0521/878301

E-mail: [pric805003@istruzione.it](mailto:pric805003@istruzione.it) PEC: [pric805003@pec.istruzione.it](mailto:pric805003@pec.istruzione.it)



## FUTURA

## LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Circolare n. 23

**A tutto il personale docente**

**Ai Genitori e/o esercenti responsabilità genitoriale degli alunni dell'Istituto**

**Al D.S.G.A**

**Albo on line e sito web d'Istituto**

**Agli Atti per la sicurezza**

Istituto Comprensivo di Sissa Trecasali  
Prot. 0005225 del 26/09/2023  
I (Uscita)

## **OGGETTO: RICHIESTA E PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVA VITA A SCUOLA.**

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di alunne e alunni 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, con le modalità indicate nel protocollo d'intesa in allegato nonché tenendo conto della nota n. 2312 del 25.11.2005 con cui il M.I.U.R. ha emanato le ["Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico"](#) e le Linee di indirizzo per la definizione di intese provinciali inerenti la somministrazione di farmaci a minori in contesti extra-familiari, educativi o scolastici, in Emilia-Romagna" - Delibera Giunta Regionale 166/2012.

### **Considerato che:**

1. il soccorso di alunne/i 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.

### **Si dispone l'iter procedurale:**

- ❖ i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi **autorizzati dai genitori**, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità e, soprattutto, se risulterà indispensabile durante l'orario scolastico.

- ❖ per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori / esercenti la responsabilità genitoriale (ERG) provvederanno a far pervenire alla Dirigente scolastica formale richiesta sottoscritta da entrambi, come da allegato modulo (allegato 1) corredata da autorizzazione medica che i genitori/ERG 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, tramite l'apposito modulo (allegato 2), 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/a;
- patologia dell'alunno/a;
- 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/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.

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

Nei casi in cui l'alunno/a minore abbia raggiunto una parziale o totale autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, d'intesa con il medico e la famiglia/ERG, 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/ERG presenteranno alla Dirigente Scolastica.

#### **Procedura attuativa**

Accettata la documentazione precedentemente elencata, la Dirigente scolastica:

- verifica la disponibilità degli operatori in servizio (Allegato 4) nel plesso (docenti e collaboratori scolastici) che possono essere individuati tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.Lvo. 81/2008 o debitamente formato dall'Istituzione scolastica, anche attraverso corsi in rete con altri enti formativi o tramite Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia.

- predisporre l'autorizzazione (Allegato 4a) con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da esempio (Allegato 6) specificando, se il caso, che il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.

### **Formazione in situazione**

Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con la Dirigente scolastica 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).

### **Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.**

Solo dopo questi passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento, consegna che andrà verbalizzata a cura dei docenti su apposito verbale (Allegato 7)

### **La gestione dell'emergenza**

Si ricorda comunque che, nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere di portare il normale soccorso ed è obbligatorio fare ricorso al Numero Unico Emergenze 112 (avvertendo contemporaneamente la famiglia).

### **Registrazioni**

Tutti gli interventi andranno annotati, su di un apposito "registro di somministrazione" (Allegato 5) istituito dalla Dirigente Scolastica, 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 del Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR.

I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Dott.ssa Giovanna Rotondo



### RICHIESTA ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

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.
- che il/la 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 responsabilità genitoriale

.....

**Numeri di telefono utili:**

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

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

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

NB: La richiesta/autorizzazione va consegnata alla dirigente scolastica.

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 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/A

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

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

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe..... dell'Istituto scolastico .....

sito 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

## Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

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

.....

Dose: .....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione: .....

NOTE.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Luogo e data.....

Timbro e Firma del Medico Curante

.....



**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Nome e Cognome dell'alunno/a .....

Frequentante la classe.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico e profilo professionale

.....

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....  
.....

**1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

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

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico

.....

**2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO**

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

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico

.....

**3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento 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

.....

#### 4.DELEGA DEI GENITORI / ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

I sottoscritti, genitori /ERG dell'alunno/a....., con la presente delegano formalmente il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al/alla proprio/a figlio/a in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma ..... Firma .....

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

VISTO DELLA DIRIGENTE SCOLASTICA

.....



VERIFICA DISPONIBILITA' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente un/una allievo/a 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 .....

La Dirigente Scolastica

.....



**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. ....

la Dirigente Scolastica 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 .....

La Dirigente Scolastica

.....





## 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 .....

Plesso ..... classe ..... sez. ....

con certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Premesso che:

- Il genitore/esercitante la responsabilità genitoriale 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)

Qualora dovesse presentarsi la situazione emergenziale che richiede la somministrazione del farmaco, il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

### Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. Il personale presente provvede a chiamare o far chiamare il personale resosi disponibile alla somministrazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- ❖ il personale che ha dato l'allarme per i contatti telefonici:
  - chiama i genitori,
  - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- ❖ personale resosi disponibile per la somministrazione:
  - accudisce il/la bambino/a
  - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

### 1) Orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

**2) Orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:**

- a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
- b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

**3) Orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:**

- a) un'insegnante soccorre il/la bambino/a
- b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
- c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

Per la segnalazione della situazione di emergenza al personale resosi disponibile alla somministrazione del farmaco verranno forniti, al personale che potrebbe trovarsi con il/la bambino/a, appositi fischiotti o altri richiami per richiamare l'addetto alla somministrazione con il segnale convenuto di 2 squilli brevi.

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

La Dirigente Scolastica

.....

NB:

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dalle responsabili di plesso.



**ALLEGATO 7**

**VERBALE PER CONSEGNA FARMACO**

In data ..... alle ore ..... la/il sig.....  
..... genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe.....sez.....della scuola.....di.....  
.....consegna all' insegnante..... / alla

Dirigente scolastica il seguente medicinale nuovo ed integro:

.....

da somministrare all'alunno .....

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 qualvolta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Sissa Trecasali, \_\_\_\_\_

Il genitore

L' insegnante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Dirigente Scolastica \_\_\_\_\_