



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE Via Copernico**  
Via Copernico, 1 – 00071 POMEZIA (Rm) - Tel. 06 121127550  
Web: [www.viacopernico.it](http://www.viacopernico.it) - ✉ [rmis071006@istruzione.it](mailto:rmis071006@istruzione.it)  
C.M.: RMIS071006 – Codice fiscale 97197220581

## **PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

### **IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

Il MIUR e il Ministero della Salute d'intesa hanno emanato in data 25/11/2005 le Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

L'USR Lazio e la Regione Lazio hanno poi siglato il Protocollo di Intesa "Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico" prot. n. 5985 del 19.02.2018 in cui "sono definiti criteri, procedure, competenze, azioni, interventi e responsabilità" e che "costituisce il quadro di riferimento a livello regionale cui si attengono tutti gli attori coinvolti".

Tale somministrazione, in ottemperanza alla sopra citata normativa, deve rispettare alcuni criteri e procedure, fra cui:  
è subordinata ad espressa e formale richiesta della famiglia al Dirigente Scolastico, con validità limitata all'anno scolastico in corso, da rinnovare se necessario all'inizio di ogni anno scolastico (non c'è proroga tacita), comunicando tempestivamente eventuali modifiche in corso d'anno;

è riservata esclusivamente alle situazioni in cui il medico curante valuta e certifica l'assoluta necessità di assunzione del farmaco in orario scolastico;

può essere prevista in modo programmato per la cura di particolari patologie croniche, oppure al bisogno in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;

può avvenire solo quando non siano richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario nè l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Il seguente Protocollo specifica compiti e procedure dei soggetti coinvolti: famiglia, medico curante, istituzione scolastica.

Delibera di approvazione del Consiglio di Istituto n. 32 in data 30.09.2019.

## PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a devono far pervenire tempestivamente al Dirigente scolastico:

- formale **richiesta sottoscritta da entrambi i genitori**, utilizzando il modulo **All. A**;
- **autorizzazione medica** rilasciata dai servizi di Pediatria della ASL o da Pediatra di libera scelta o da Medico di Medicina Generale, utilizzando il modulo **All. B** oppure indicando chiaramente nella certificazione medica **tutti** i seguenti punti:
  - nome cognome dello/a studente/ssa;
  - stato di malattia
  - prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita oppure indispensabile;
  - l'assoluta necessità;
  - la somministrazione indispensabile in orario scolastico
  - la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco<sup>1</sup>, nè in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, nè in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione dello stesso;
  - la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Ricevuta la documentazione completa, come sopra indicato, il Dirigente scolastico:

- accerta la **disponibilità del personale (All. C)**;
- predispone l'autorizzazione a seconda dei casi con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:
  - **All. D/1:** farmaco **salvavita**
  - **All. E/1:** farmaco **indispensabile**

Acquisita l'autorizzazione ed il relativo piano di intervento, le insegnanti incaricate procederanno a stilare un **verbale** al momento della **consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola**, utilizzando i moduli:

- **All. D/2: verbale** per farmaco **salvavita**
- **All. E/2: verbale** farmaco **indispensabile**

A fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Per casi specifici riguardanti alunni minori, la famiglia d'intesa con l'ASL può chiedere **l'auto-somministrazione (All. F)**. A tal fine:

- l'autorizzazione medica dovrà riportare espressamente, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola come sopra specificato, anche la dicitura specifica: *“il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”*;
- la stessa dicitura dovrà essere indicata espressamente anche nella richiesta che i genitori presentano al Dirigente Scolastico (**All. A**);
- resta invariata la restante procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento, le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola. Anche in questi documenti andrà riportata la stessa dicitura.

NOTA BENE: L'**autorizzazione medica** presentata dai genitori **ha validità solo per l'anno scolastico in corso** e va rinnovata, se necessario, all'inizio di ogni anno scolastico, nonché eventualmente in corso d'anno qualora mutino le condizioni che ne costituiscono il presupposto.

---

<sup>1</sup> 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.

**MODELLO AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI**  
**(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO**  
**E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)**

Al Dirigente Scolastico  
I.I.S. "VIA COPERNICO" - Pomezia

**Oggetto:** richiesta di somministrazione di farmaci.

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori dell'alunno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ frequentante la \_\_\_\_\_ classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

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

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 fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Gli scriventi acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

- SI  
 NO

Pomezia, li \_\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI  
(O DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ)

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_

**MODELLO PRESCRIZIONE DEL MEDICO  
CURANTE**  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Pediatra di libera scelta o Medico di medicina  
generale)

Vista la richiesta dei genitori del/la bambino/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

constatato lo stato di malattia e l'assoluta necessità si prescrive la somministrazione dei farmaci sottoindicati in ambito ed in orario scolastico, da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario, senza discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco in relazione a tempi, posologia e modalità di somministrazione.

Farmaco da somministrare:

• nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_;  
descrizione dell'evento che richiede la somministrazione (nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare dettagliatamente i sintomi):

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

Si tratta di un farmaco (indicare una delle due opzioni):

salvavita

\_\_\_\_\_

indispensabile Modalità e vie di

somministrazione

Dose: \_\_\_\_\_

Orario:

• 1<sup>a</sup> dose ..... • 2<sup>a</sup> dose ..... • 3<sup>a</sup> dose ..... • 4<sup>a</sup> dose .....

Durata terapia: dal ..... al .....

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

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

Possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli \_\_\_\_\_

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

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare alla Scuola)

I sottoscritti

.....

genitori di ..... nato a ..... il  
.....

residente a ..... in via  
.....

frequentante la classe ..... della Scuola  
.....

sita a ..... in Via  
.....

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 la Scuola  
e lo stesso personale da ogni responsabilità derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/93 e ss.mm.ii. (i dati  
sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data ..... il .....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà sul minore

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ..... Genitori  
.....

## ALLEGATO G

### PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

(il presente piano ha valore di **esempio**)

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del 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 qualvolta il medicinale sarà terminato. Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale (All. D/2).

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 al ragazzo/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto, 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. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
  - chiama i genitori
  - informa il 118
  - prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
  - accudisce il discente
  - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia seguendo 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 ragazzo/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i ragazzi in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la ragazzo/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 ragazzo/a
- b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri ragazzi in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante sta soccorrendo il/la ragazzo/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 ragazzo /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 ragazzi e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la ragazzo /a somministra il farmaco.

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 insegnanti di plesso**.

Per la segnalazione della situazione di emergenza verranno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

Il Dirigente Scolastico

Prof. Francesco Celentano

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3,  
co 2, D.LgsI n.39/1993)