

## PROCEDURA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

### Riferimenti normativi

*(Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico – 25/11/2005: [...] per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica")*

### Quando somministrare i farmaci a scuola

**Le urgenze non prevedibili rientrano nelle procedure di PS e non richiedono la somministrazione dei farmaci.**

#### 1. Il genitore, o chi eserciti la patria potestà, deve:

- fare richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico (*vedi Allegato A*);
- accompagnare la richiesta di somministrazione con la presentazione di certificazione medica redatta dal medico o dalla specialista (*vedi Allegato B*) attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità, tempi di somministrazione, posologia);
- fornire il farmaco alla scuola tenendo conto della data di scadenza;
- autorizzare il personale individuato dal Dirigente alla somministrazione del farmaco (*si farà menzione di questa autorizzazione nell'Allegato A*)

#### 2. Il Dirigente Scolastico deve:

- organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'istituto;
- informare tutti i genitori degli alunni dell'istituto (anche tramite il sito web della scuola) della procedura di somministrazione farmaci messa in atto;
- richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (*Allegato A, Allegato B*);
- individuare, tra il personale chi, in caso di bisogno, deve intervenire con la somministrazione del farmaco;
- stendere, in casi particolari, in collaborazione con l'USSL del territorio un piano personalizzato d'intervento che descrive i comportamenti da attuare in caso di bisogno;
- in-formare e condividere con il personale scolastico disponibile a somministrare il farmaco il piano personalizzato di intervento;
- fornire e condividere con i genitori copia del piano personalizzato d'intervento;
- garantire la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso;
- in occasione dei passaggi ad altre scuole, invitare i genitori dell'alunno ad informare il DS della scuola di destinazione e concordare la trasmissione della documentazione necessaria;

### Malattie croniche

(patologie che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento, ad esempio asma o diabete).  
Si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa orario, posologia e modalità di somministrazione

### Urgenze prevedibili

(in patologie croniche note che possono comportare fatti acuti, ad esempio asma, diabete, epilessia)



**ITT**  
GRAFICA E COMUNICAZIONE  
MECCANICA - MECCATRONICA  
ART. ENERGIA

**ISTITUTO SALESIANO**  
Via dei Salesiani, 15 - 30174 Mestre-Venezia  
T. 041,5498200 - F. 041,5498198  
ittsanmarco@issm.it - [www.issm.it](http://www.issm.it)

Si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa le circostanze (descrizione dei sintomi) che richiedono la somministrazione, posologia e modalità di somministrazione:

- nel caso in cui non riuscisse a trovare personale scolastico per la somministrazione dei farmaci, o nel caso si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati, prevedere il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso, dandone comunicazione alla famiglia;
- nel caso in cui non dovesse trovare collaborazione con l'USSL del territorio per la stesura del piano personalizzato, potrà rivolgersi al medico competente (se presente) o ad un esperto di medicina di lavoro per stilare questo documento e promuovere interventi formativi rivolti al personale scolastico individuato per la somministrazione, dandone comunicazione alla famiglia.

### **3. Il personale scolastico**

- partecipa ai momenti formativi rivolti a tutto il personale;
- provvede alla somministrazione del farmaco se individuato dal Dirigente;
- informa il DS e il RSPP su eventuali situazioni critiche verificatesi durante la somministrazione del farmaco.

### **4. Auto somministrazione del farmaco da parte degli studenti**

L'auto somministrazione del farmaco, è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Anche in questo caso il genitore darà comunicazione al Dirigente Scolastico anche in merito al farmaco usato alle modalità di conservazione e alla scadenza (in caso in cui la scuola lo conservi per l'alunno).

### **5. Gestione dell'emergenza**

Resta prescritto il ricorso al Servizio Territoriale di Emergenza (118) nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati dall'istituto.

MEMBER OF GROUP



**CERTIFICAZIONI:**

GRAFICA E COMUNICAZIONE | D.D.G. 05/12/2001  
MECCANICA - MECCATRONICA ART. ENERGIA | D.D.G. 14/07/2011  
cod. mecc. VETF015005 - D.D.G. 05/12/2001



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato A al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019

pag. 1/2

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO** \_\_\_\_\_

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

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente;

\_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia:

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_

di codesto Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

I **SOTTOSCRITTI** genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI

NO

Il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**\_\_\_\_\_  
PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE\_\_\_\_\_  
MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE**Recapiti telefonici utili**

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,  
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E  
QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,  
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI  
TIPO SANITARIO**

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

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

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOME COMMERCIALE del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista \_\_\_\_\_

Timbro