



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "POMPONIO LETO"

Liceo Artistico: Arti Figurative/Architettura e Ambiente - Liceo Linguistico - Liceo delle Scienze Umane
Liceo delle Scienze Umane "Economico-Sociale" - Liceo Scientifico ordinario - Liceo Scientifico "Scienze Applicate"
Via S. Biagio, 1 - 84039 Teggiano - 0975/79038 - fax 0975/587963 - C.F.:83002490650 Cod. Mecc. SAIS02600Q
www.iisteggiano.edu.it - sais02600q@pec.istruzione.it - sais02600q@istruzione.it

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE - "P. LETO"-TEGGIANO
Prot. 0004598 del 21/09/2021
05-07 (Uscita)

PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di 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.

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 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, prescrizione del medico curante per farmaci indispensabili/salvavita o prescrizione del medico curante per farmaci occasionali, 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:

- ✓ prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmacosalvavita o indispensabile;
- ✓ l'assoluta necessità;
- ✓ indispensabilità della somministrazione 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 fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome cognome dell'alunno;
- patologia dell'alunno;
- 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.

La modulistica richiamata nella presente nota, ovvero:

- A. Richiesta genitori per somministrazione farmaci;
- B. Certificazione medica;

- C. Piano terapeutico;
- D. Richiesta genitori per auto-somministrazione;

- 1) Autorizzazione DS somministrazione farmaco salvavita;
- 2) Autorizzazione DS somministrazione farmaco indispensabile;
- 3) Verbale consegna farmaco salvavita;
- 4) Verbale consegna farmaco indispensabile;

è disponibile e scaricabile in allegato nella sezione dedicata sul nostro sito web: www.iisteggiano.edu.it .

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.

** 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.

Teggiano, 21.09.2021

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria D'Alessio

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi dell'art.3 comma 2D.Lgs n.39/199



**IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
IL MINISTRO DELLA SALUTE**

VISTO il Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, concernente “il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro”, e le successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 275, concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, concernente “norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

VISTO il Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTE le linee programmatiche del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca che pongono tra le strategie fondamentali della politica scolastica quella della centralità dei “bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti”;

CONSIDERATO che tale principio è stato recepito dalla Legge 28 marzo 2003, n. 53 di delega al Governo per la definizione delle norme generali dell'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto scuola per il quadriennio normativo 2002/2005;

CONSIDERATO che, secondo i principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni volontarie, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato ed altri soggetti privati;

CONSIDERATA la necessità di regolamentare questo settore facendo riferimento ai principi generali contenuti nelle norme e linee programmatiche sopra indicate;

EMANANO



**IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
IL MINISTRO DELLA SALUTE**

LE SEGUENTI RACCOMANDAZIONI

Art. 1 – **Oggetto** – Le presenti Raccomandazioni contengono le linee guida 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.

Art. 2 – **Tipologia degli interventi** – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Art. 3 – **Soggetti coinvolti** - La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

Per quanto concerne i criteri cui si atterrano i medici di base per il rilascio delle certificazioni e la valutazione della fattibilità delle somministrazioni di farmaci da parte di personale non sanitario, nonché per la definizione di apposita modulistica, saranno promossi accordi tra le istituzioni scolastiche, gli Enti locali e le AUSL competenti.

Art.4 – **Modalità di intervento** – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati. Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente



**IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
IL MINISTRO DELLA SALUTE**

ed ATA, anche in collaborazione con le AUSL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, i dirigenti scolastici possono procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, i dirigenti scolastici possono provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Art. 5 – Gestione delle emergenze – Resta prescritto in ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Roma, 25.11.2005

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE
UNIVERSITÀ E RICERCA
F.to MORATTI

IL MINISTRO DELLA SALUTE
F.to STORACE

RICHIESTA DI 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 _____ (prov. _____) il _____
 residente a _____ in Via _____
 frequentante la classe _____ del Liceo _____ sez. _____

essendo il/la proprio/a figlio/a affetto da patologia che richiede la somministrazione in ambito ed orario scolastico di farmaci,

CHIEDONO

- che al proprio figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico (oppure)
- che il farmaco sia conservato dalla scuola e consegnato agli **operatori sanitari in caso di interventi del 118** secondo le indicazioni allegate alla presente prodotte dal medico curante
- Esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
- Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
- Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

numeri di telefono	famiglia	pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo

Data

Firma¹

¹ Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
 - Mattina (h.) dose da somministrare
 - Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

- Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

Sì
 No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì
 No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

Luogo

In fede
 Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "POMPONIO LETO"

Liceo Artistico: Arti Figurative/Architettura e Ambiente - Liceo Linguistico - Liceo delle Scienze Umane
Liceo delle Scienze Umane "Economico-Sociale" - Liceo Scientifico ordinario - Liceo Scientifico "Scienze Applicate"

Via S. Biagio, 1 - 84039 Teggiano - 0975/79038 - fax 0975/587963 - C.F.:83002490650 Cod. Mecc. SAIS02600Q
www.iisteggiano.edu.it - sais02600q@pec.istruzione.it - sais02600q@istruzione.it

Prot. n. / _____

, ___/___/_____

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

Alunno/a classe a.s.

A seguito della richiesta inoltrata, presso la dirigenza dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a

frequentante la classe Sez..... del Liceo _____ a.s., relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, 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 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/a da³:

.....
.....

Teggiano, ___/___/_____

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria D'Alessio

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

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.



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "POMPONIO LETO"

Liceo Artistico: Arti Figurative/Architettura e Ambiente - Liceo Linguistico - Liceo delle Scienze Umane
Liceo delle Scienze Umane "Economico-Sociale" - Liceo Scientifico ordinario - Liceo Scientifico "Scienze Applicate"

Via S. Biagio, 1 - 84039 Teggiano - 0975/79038 - fax 0975/587963 - C.F.:83002490650 Cod. Mecc. SAIS02600Q
www.iisteggiano.edu.it - sais02600q@pec.istruzione.it - sais02600q@istruzione.it

Prot. n. / _____

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile

Alunno/a **classe** **a.s.**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la dirigenza dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a

frequentante la classesez.....del Liceo.....a.s., 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 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:

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria D'Alessio

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

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.



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "POMPONIO LETO"

Liceo Artistico: Arti Figurative/Architettura e Ambiente - Liceo Linguistico - Liceo delle Scienze Umane
Liceo delle Scienze Umane "Economico-Sociale" - Liceo Scientifico ordinario - Liceo Scientifico "Scienze Applicate"

Via S. Biagio, 1 - 84039 Teggiano - 0975/79038 - fax 0975/587963 - C.F.:83002490650 Cod. Mecc. SAIS02600Q
www.iisteggiano.edu.it - sais02600q@pec.istruzione.it - sais02600q@istruzione.it

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data alle ore la/il sig.

genitore dell'alunno/a (oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a
(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a

Nato/a a il/...../..... e residente a

....., in via, frequentante la classe sez. del Liceo a.s. consegna all'incaricato/agli incaricati,

un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i nella dose

1)

2)

da somministrare all'alunno /a come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data/...../..... dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria dell'Azienda USL

Medico pediatra di libera scelta dott.

Medico di medicina generale dott.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

• nel seguente luogo:

• con le seguenti modalità

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale/lo studente:

- 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;
- si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico, con redazione di apposito verbale di riconsegna.

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

Nome e cognome – relazione con l'alunno	Recapito n.1	Recapito n.2
---	--------------	--------------

.....

Teggiano, ____/____/____

I genitori / l'esercente la potestà genitoriale / l'alunno maggiorenne	Il personale della scuola

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data alle ore la/il sig.

genitore dell'alunno/a (oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

..... l'alunno/a

nato a il/...../..... e residente a

....., in via, frequentante

la classe a.s. consegna all'incaricato/agli incaricati,

..... un flacone

nuovo ed integro del/i farmaco/i nella dose

1)

2)

da somministrare all'alunno /a come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data/...../..... dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria dell'Azienda USL

Medico pediatra di libera scelta dott.

Medico di medicina generale dott.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

- Nel seguente luogo:

- con le seguenti modalità

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale/lo studente:

- 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;

- si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico, con redazione di apposito verbale di riconsegna.

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

Nome e cognome – relazione con l'alunno	Recapito n.1	Recapito n.2
.....
.....

Teggiano, ____/____/____

I genitori / l'esercente la potestà genitoriale / l'alunno maggiorenne	Il personale della scuola