

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA,  
PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO  
BORGO TOSSIGNANO**

**ALLEGATO AL PTOF 2022-2025**

**PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CONTESTO SCOLASTICO**  
(in linea con il Protocollo metropolitano per la somministrazione di farmaci in contesti extra-familiari, educativi, scolastici e formativi - settembre 2019)



*Deliberato il 24-06-2022*

**a.s. 2022/2023**

## IL PROTOCOLLO METROPOLITANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI, SCOLASTICI E FORMATIVI

L'Istituto ha adottato il *Protocollo metropolitano per la somministrazione di farmaci in contesti extra-familiari, educativi, scolastici e formativi* che predispone percorsi e strumenti condivisi per consentire la regolare frequenza a bambini e ragazzi che, affetti da patologie, necessitano di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali e di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Il Protocollo regola le procedure per la somministrazione di farmaci e di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali, in orario e ambito scolastico, sia per la somministrazione programmata (es. quotidiana), sia per la somministrazione al bisogno e/o in condizioni di emergenza-urgenza.

La somministrazione dei farmaci e le specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali non devono richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario.

La Città metropolitana, le Istituzioni sanitarie e le Istituzioni scolastiche si pongono costantemente l'obiettivo della promozione della salute e del benessere della persona, assicurando pari opportunità a tutti gli studenti, in particolare per i giovani con bisogni speciali.

A tal fine

### **l'azienda sanitaria:**

- mette a disposizione materiale informativo e modulistica omogenei sul territorio metropolitano
- predispone appositi corsi di formazione, estesi alle principali tematiche e patologie, ricorrenti ed aperti a tutte le componenti che operano con i bambini/alunni (docenti, personale educativo)
- per ogni singolo caso, effettua incontri con docenti, genitori e personale educativo
- mette a disposizione personale per eventuali attività di supporto/tutoraggio/addestramento iniziali e in itinere
- rilascia ai genitori/tutori dell'alunno *l'autorizzazione alla somministrazione, le indicazioni per la somministrazione e l'eventuale piano individualizzato*, necessari per attivare il servizio presso la scuola

### **l'Istituzione scolastica:**

- dispone le necessarie misure organizzative attraverso l'adozione di un apposito protocollo (*procedure*) redatto, su richiesta del genitore/tutore, tenendo conto di quanto comunicato dal medico competente
- verifica e promuove la disponibilità degli operatori scolastici (personale docente, ATA, personale educativo/assistenziale) a provvedere alla somministrazione dei farmaci agli alunni in orario ed ambito scolastico, anche durante le uscite/gite scolastiche/formative, e a frequentare la formazione prevista
- richiede per docenti/operatori scolastici, l'eventuale supporto informativo e/o formativo ai servizi sanitari competenti

## QUANDO VIENE ATTIVATO IL PROTOCOLLO

### Somministrazione ad opera di un familiare

Un familiare, o chi esercita la responsabilità genitoriale, può chiedere espressamente al dirigente scolastico di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco/effettuare attività a supporto di alcune funzioni vitali al/alla proprio/a figlio/a o di permettere l'accesso alla scuola di una persona di sua fiducia (**allegato 1**).

Il dirigente scolastico autorizza i familiari ad accedere a scuola per la somministrazione del farmaco.

### Somministrazione ad opera del personale scolastico

Su richiesta del genitore/tutore (attraverso gli **allegati 1 e 2**) solo in presenza dei seguenti criteri:

- assoluta necessità, in relazione a specifiche patologie
- 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, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione
- fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario adeguatamente formato

La richiesta va rinnovata ogni anno scolastico.

## COME ATTIVARE IL PROTOCOLLO

### Azione 1

#### Somministrazione di farmaci:

Il genitore/tutore chiede al medico curante (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale) o lo specialista di riferimento per una determinata patologia, la *prescrizione* del farmaco da somministrarsi in orario ed ambito scolastico. La prescrizione deve specificare il dosaggio, l'orario, le modalità di conservazione e la durata di somministrazione del farmaco stesso.

#### Attività a supporto di alcune funzioni vitali:

Il genitore/tutore chiede al medico curante (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale) o specialista di riferimento per una determinata patologia, la *prescrizione* delle attività da eseguire in orario scolastico. La prescrizione deve specificare modalità, tempi e durata delle attività stesse.

### Azione 2

#### Somministrazione di farmaci:

Il genitore/tutore si reca presso la U.O.C di Pediatria con la prescrizione del medico curante (PLS o MMG) o dello specialista e il medico della U.O.C rilascia la *certificazione* per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, compilando l'apposito modulo.

Tale certificazione contiene, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome del bambino/alunno
- nome della scuola e sezione/classe frequentata
- nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione quotidiana e/o al bisogno del farmaco e/o del farmaco di emergenza
- dose e orario per la somministrazione
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco
- durata della terapia
- recapiti telefonici della famiglia

Attività a supporto di alcune funzioni vitali:

Il genitore/tutore si reca presso la U.O.C di Pediatria con la prescrizione del medico curante (PLS o MMG) o dello specialista e il medico della U.O.C rilascia la *certificazione* per lo svolgimento di specifiche attività a supporto delle funzioni vitali, compilando l'apposito modulo. Tale certificazione contiene, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome del bambino/alunno
- nome della scuola e sezione/classe frequentata
- attività da eseguire
- recapiti telefonici della famiglia
- durata della terapia

Qualora la durata della terapia sia superiore alla durata dell'anno scolastico, la *certificazione* (attività a supporto e/o somministrazione farmaci) può essere rinnovata ad ogni nuovo inizio anno scolastico. Qualora non ci siano modifiche nella prescrizione (tipo di farmaco e/o posologia), la stessa può rimanere valida per tutto il ciclo scolastico, se espressamente indicato nella certificazione.

**Azione 3**

Il genitore/tutore consegna, in busta chiusa, le richieste e la documentazione presso l'Ufficio Alunni della segreteria dell'Istituto Comprensivo.

## ORGANIZZAZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il dirigente scolastico, una volta ricevuta la certificazione per la somministrazione di farmaci/attività a supporto di alcune funzioni vitali a scuola e la richiesta della famiglia dell'alunno, dà riscontro (di norma entro 10 giorni) su:

- la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, ecc.)
- la disponibilità del personale
- l'esigenza di formazione specifica

In seguito:

- comunica alla famiglia dell'alunno il/i nominativo/i del/dei responsabile/i autorizzato/i alla somministrazione del farmaco/attività a supporto di alcune funzioni vitali
- verifica la corretta esecuzione ed attuazione della procedura interna da parte del personale autorizzato (registrazione ecc.)
- in caso di somministrazione di farmaci, comunica alla famiglia dell'alunno i nominativi del personale responsabile per la verifica della conservazione e della scadenza del farmaco e della eventuale necessità di approvvigionamento
- concorda, con l'Azienda sanitaria locale, eventuali necessità formative/addestramento per il personale addetto alla somministrazione del farmaco/attività a supporto di alcune funzioni vitali
- organizza un incontro tra medico competente, genitori e docenti.

Seguono allegati:

**Fac-simile di richiesta alla Scuola per la somministrazione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico/educativo (in caso di bambino/a - alunno/a minorenne)**

Al dirigente scolastico

.....  
Via.....  
Comune.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)..... in qualità di  
genitore/tutore dello/a bambino/a – alunno/a (Cognome e Nome).....  
Nato/a a .....il.....  
residente a .....in  
Via..... che frequenta la sezione/classe .....  
del servizio educativo/ scuola / ente di formazione ..... in  
Via ..... Cap .....  
Comune.....Prov. ....

consapevole che il personale educativo / scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO (barrare la scelta)

Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata.

A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

oppure:

che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

.....  
...  
... nei seguenti giorni ed orari:  
.....

In fede

Firma del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

Data .....

**Fac-simile per la comunicazione alla Scuola/Ente di formazione professionale di assunzione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno maggiorenne)**

Al responsabile servizi educativi/dirigente scolastico/direttore di ente di formazione professionale

.....  
Via.....  
Comune.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)..... Nato/a a  
..... il..... residente a  
..... in Via..... tel.  
.....

studente/studentessa che frequenta la classe .....  
della scuola / ente di formazione professionale ..... sita in Via  
.....Cap ..... Comune  
.....Prov. ....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze nè funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

(barrare la scelta)

**CHIEDO**

che mi sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

**COMUNICO**

che assumo il farmaco / effettuo specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata.

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data .....