



Istituto Istruzione Superiore "Michele Sanmicheli"  
I.P. Servizi Commerciali, Servizi per la sanità e l'assistenza sociale  
Industria e artigianato per il Made in Italy  
I.e.F.P. Operatore promozione e accoglienza, Operatore abbigliamento  
Corsi serali per studenti e adulti Servizi per la sanità e l'assistenza sociale  
Sede operativa ITS COSMO Fashion Academy style your future



Piazza Bernardi, 2 - 37129 Verona - Tel. 0458003721- Fax 0454937531 - C.F. 80017760234  
Succursale: Via Selinunte, 68 - Tel. 0454937530  
[VRIS009002@istruzione.it](mailto:VRIS009002@istruzione.it) - [www.sanmicheli.edu.it](http://www.sanmicheli.edu.it) - [VRIS009002@pec.sanmicheli.it](mailto:VRIS009002@pec.sanmicheli.it)

Verona, 16 settembre 2021

Circ. 40

**Al personale docente ed A.T.A. dell'Istituto**

**E, p.c., al personale di Segreteria**

**Al "Faldone Sicurezza" d'Istituto e al Sito web**

**OGGETTO: somministrazione farmaci in ambito scolastico/gravi patologie - Protocollo**

**Premessa:** si ricorda che le informazioni sullo stato di salute sono protette dalla normativa sulla Privacy e, quindi, il loro trattamento deve essere ridotto al minimo indispensabile a garantire la sicurezza dell'alunno stesso.

**La somministrazione di farmaci** è riservata al personale medico e paramedico. In determinate circostanze, però, è ammissibile l'intervento di personale non specializzato (c.p. Art. 54 Stato di necessità - *Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.* [...]).

**Lo scopo di questo protocollo** è quello di assicurare il diritto all'istruzione e alla salute di tutti gli alunni e di tutelare la tranquillità del personale riducendo l'incertezza ed il rischio di errori.

**FAMIGLIE:**

- Devono comunicare alla Dirigente Scolastica le situazioni di rischio ed eventuali variazioni in corso d'anno.
- Devono fornire alla Scuola tutta la documentazione utile per la prevenzione del rischio.
- Devono fornire alla Scuola e tenere aggiornati i contatti telefonici d'emergenza.

**DOCENTI E COLLABORATORI SCOLASTICI:**

**In caso di emergenza o se avete dubbi su situazioni di pericolo di tipo sanitario e infortuni:**

- In presenza di sintomi sospetti, avvertite immediatamente la famiglia.
- Se i sintomi appaiono gravi o in caso di dubbio, chiamate direttamente il 118 e seguite le istruzioni dell'operatore.
- Chiedete il supporto di altri adulti presenti nel plesso (Collaboratori Scolastici o Docenti). Non lasciate l'alunno senza la supervisione di un adulto.

Le telefonate al 118 vengono registrate: questo costituisce un'ulteriore garanzia del vostro operato.

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI:**

**Si ricorda che**

i farmaci a scuola **non** devono essere somministrati agli studenti salvo i casi autorizzati dai genitori (**e vidimati dalla Dirigente Scolastica**) quando siano presenti le condizioni seguenti:

1. assoluta necessità;
2. somministrazione indispensabile in orario scolastico;

3. non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
4. fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

L'autorizzazione viene rilasciata dai genitori degli studenti che presentano **la documentazione sanitaria utile** per la valutazione del caso.

L'autorizzazione alla somministrazione di farmaci agli studenti in orario scolastico sarà formulata su apposito modulo e consegnata alla Dirigente Scolastica (vedi moduli allegati).

#### **DIRIGENTE SCOLASTICA**

La Dirigente Scolastica:

1. acquisisce il modulo di autorizzazione da parte della famiglia;
2. acquisisce il modulo di autorizzazione da parte del medico curante;
3. individua il gruppo di operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici, personale educativo/assistenziale) che devono farsi carico dell'intervento previa informazione/formazione da parte di personale sanitario;
4. verifica la possibilità di conservazione dei farmaci secondo le indicazioni riportate dal medico e dal fornitore;
5. in occasione dei passaggi ad altre scuole invita i genitori a dare le opportune informazioni al Dirigente Scolastico della scuola di destinazione e ad inoltrarle la documentazione necessaria.

#### **GESTIONE DELL'EMERGENZA**

Gli operatori scolastici adottano i seguenti comportamenti:

1. **contattano immediatamente il 118 e ne seguono le indicazioni;**
2. contattano la famiglia e ne seguono le indicazioni;
3. in caso di necessità di immediata somministrazione del farmaco, somministrano il farmaco come richiesto/autorizzato dai genitori e come certificato dal medico curante. *I farmaci, se consegnati alla scuola dalla famiglia, sono reperibili in sede centrale presso lo stanzino del collaboratore scolastico al primo piano, oppure nel frigorifero al piano terra; in succursale invece sono reperibili presso lo stanzino dei collaboratori scolastici al piano di ingresso.*

Resta in ogni modo obbligatorio il ricorso al Servizio Territoriale Emergenza (118) nei casi in cui si presenti la necessità di interventi di competenza tipicamente sanitaria, da eseguirsi in tempi non differibili in relazione alla gravità del rischio e nei casi in cui il protocollo di intervento risulti inefficace o circostanze specifiche lo rendano inattuabile.

**Si fa presente che la modulistica per la somministrazione deve essere presentata OGNI ANNO, così come deve essere effettuato il controllo per la scadenza dei farmaci DA PARTE DELLA FAMIGLIA E DEL PERSONALE DOCENTE.**

Cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Sara Agostini



**Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI**

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare alla Dirigente Scolastica)

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome* *Cognome e Nome*

in veste di: ☐ genitori o ☐ soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno/a: \_\_\_\_\_

nato/a a : \_\_\_\_\_ *Cognome e Nome*  
in data: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

essendo il/la minore affetto/a  
da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_.

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.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03 e successivi aggiornamenti.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà  
genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà  
genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_ Genitori: \_\_\_\_\_

**Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
IN CASO DI EMERGENZA**

Relativamente all'alunno/a: \_\_\_\_\_

Nato/a a : \_\_\_\_\_ *Cognome e Nome*  
in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

non sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto/a da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

- vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

**SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA**

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

**1° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di  
somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di \_\_\_\_\_

conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali  
note: \_\_\_\_\_

**2° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di  
somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di \_\_\_\_\_

conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali  
note: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Timbro e Firma del medico*

**Allegato 3- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**VERBALE DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE  
PER GLI ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA**

Data, \_\_\_\_\_

**Persone Presenti:**

| <b>Figura</b>                                             | <b>Cognome e Nome</b> | <b>Firma</b> |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|
| Dirigente Scolastico                                      |                       |              |
| Medico                                                    |                       |              |
| Personale Sanitario                                       |                       |              |
| Personale Scolastico incaricato<br>della somministrazione |                       |              |
|                                                           |                       |              |
|                                                           |                       |              |
|                                                           |                       |              |
|                                                           |                       |              |

Relativamente all'alunno/a: \_\_\_\_\_

nato/a a : \_\_\_\_\_ *Cognome e Nome*  
in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

non sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto/a da: \_\_\_\_\_  
*Riportare la patologia diagnosticata*

**Argomenti tratti - considerazioni:**

- ☐ Verifica completezza della documentazione autorizzativi (richiesta genitore + autorizzazione medico).
- ☐ Nominativi degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza.
- ☐ Verifica delle modalità di conservazione dei farmaci secondo la indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del produttore.
- ☐ Istruzioni d'uso del produttore del farmaco.
- ☐ Descrizione dei sintomi del disturbo dell'alunno/studente (eventualmente data dal personale medico)
- ☐ Descrizione delle modalità di intervento (eventualmente data dal personale medico).
- ☐ Effetti dei farmaci somministrati.
- ☐ Altro:

---

---

---

---

---

---

**Allegato 4- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO**

Relativo all'alunno/a: \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome  
nato/a a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_  
residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_  
frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_  
non sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_  
affetto/a da: \_\_\_\_\_  
Riportare la patologia diagnosticata

La Dirigente scolastica,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

**INDIVIDUA**

il gruppo di operatori scolastici incaricati in caso di emergenza della somministrazione dei farmaci, costituito dalle seguenti persone:

Sig. \_\_\_\_\_  
Sig. \_\_\_\_\_  
Sig. \_\_\_\_\_  
...

**La formazione degli operatori sopra elencati è avvenuta tramite:**

- ☐ La messa a disposizione delle istruzioni d'uso del produttore del farmaco.
- ☐ La messa a disposizione delle istruzioni del medico (allegato 2).
- ☐ Incontro informativo, sulle modalità organizzative, con la dirigente scolastica (data\_\_\_\_\_).
- ☐ Incontro informativo/formativo avuto con il medico prescrittore sulle modalità attuative (data\_\_\_\_\_).
- ☐ Incontro informativo/formativo con altro personale sanitario competente sulle modalità attuative (data\_\_\_\_\_).

**La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:**

- ☐ Conservazione in frigorifero a temperatura \_\_\_\_\_
- ☐ Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.
- ☐ Conservazione fuori dalla portata dei bambini.
- ☐ Altro: \_\_\_\_\_
- ☐ Altro: \_\_\_\_\_
- ☐ Altro: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Sara Agostini