



LICEO SCIENTIFICO STATALE "FRANCESCO SEVERI"

Liceo Scientifico di Ordinamento - Liceo Scientifico Scienze Applicate - Liceo Linguistico - Liceo Musicale
Viale L. D'Orsi, 5 - 80058 Castellammare di Stabia (NA)

PBX 3 linee Tel - 0818739745 - 0818713148 - 0818739752

CF 82011770631 - IBAN IT 15 T 01030 22100 000000723277

CONTTO UNICO TESORERIA IT29K0100003245425300314138

NAPS110002@ISTRUZIONE.IT - NAPS110002@PEC.ISTRUZIONE.IT

Fatturazione elettronica: Codice Univoco Ufficio UF03HR

PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti 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, con le modalità indicate nel protocollo d'intesa tra Regione Campania e Ufficio Scolastico Regionale la Campania per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico emanato il 5 giugno 2018.

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 in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;
4. nei casi in cui 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, come da allegato modulo (allegato 1) corredata da autorizzazione medica 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, tramite l'apposito modulo (allegato 2), attenendosi ai criteri di:

- assoluta necessità;
 - 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 e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- dovranno indicare indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dell'alunno;
- patologia dell'alunno;
- nome commerciale del farmaco;
- dose da somministrare e modalità di somministrazione;
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia;
- effetti collaterali
- indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche
- capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.

Auto-somministrazione:

Nei casi in cui l'alunno minore abbia raggiunto una parziale o totale autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, d'intesa con il medico e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

- Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, dovrà evidenziare anche la capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico.
- Per gli alunni maggiorenni andrà presentata apposita dichiarazione (allegato 3).

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I Sottoscritti

..... e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a

.....
frequentante la classe sez. nell'anno scolastico 2025/2026
affetto da

.....
constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario
scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal
Dott.

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
- La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione) a L'affianca mento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n. confezioni integre del farmaco denominato

.....
Lotto scadenza e relativa prescrizione
medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

(Luogo e Data)..... il

In fede

.....

.....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: nr. fisso

Nr. cell

Nr cell

medico curante Dott

Nr. cell.

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

Allegato 2

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

sita a in Via

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐ Salvavita

☐ Indispensabile

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose.....; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

☐ Parziale autonomia

☐ Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Note.....

(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante

COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
(in caso di alunno/a maggiorenne)

Allegato 3

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)
nato a
residente a in Via
tel.
studente/studentessa che frequenta la classe sez.
scuola
sita in Via
Località Cap
Prov.

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale)
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. lgs. n. 196/2003
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)
(barrare la scelta):

SI ☐ NO ☐

In fede,

(Luogo e Data)

Firma dell'interessato/a