

## PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Oggetto del presente protocollo sono le procedure finalizzate 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.

### PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministro della salute, 25/11/2005: *"Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico."*
- MIUR Direzione Scolastica Regionale Emilia-Romagna Ambito territoriale 15, Ravenna, Provincia di Ravenna, Azienda Sanitaria Locale di Ravenna, 27/03/2013: *"Protocollo per la somministrazione dei farmaci in orario ed ambito scolastico."*

### QUANDO SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA

La somministrazione di farmaci deve avvenire **solamente** sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'AUSL e **non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.**

La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori, o dallo studente se maggiorenne, assieme alla certificazione rilasciata dai medici della Pediatria di Comunità dell'AUSL.

### DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

**Modulo di Richiesta**, utilizzato dai genitori (**Allegato 1**), rilasciato dal medico curante in base ai seguenti criteri:

- 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;

**Modulo di Comunicazione**, redatto dall'alunno/a maggiorenne (**Allegato 2**);

**Modulo di Certificazione**, rilasciato dai medici della Pediatria di Comunità dell'AUSL (**Allegato 3**).

### ACQUISIZIONE E CONSERVAZIONE DEI FARMACI

La famiglia, o lo studente se maggiorenne, consegnerà al Dirigente Scolastico o suo delegato i farmaci prescritti in confezione integra, in corso di validità, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento avendo cura di sostituire/rifornire il farmaco al bisogno.

### ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Il Dirigente Scolastico, acquisiti il Modulo di Richiesta o il Modulo di Comunicazione e il Modulo di

LICEO "DANTE ALIGHIERI" - RAVENNA

Percorsi di studio: Liceo Classico, Liceo Linguistico, Liceo Scienze Umane ed Economico-Sociale

#### PLESSO A. GARIBALDI

Piazza Anita Garibaldi, 2  
48121 Ravenna  
T. +39 0544213553

#### PLESSO N. BIXIO

Via Nino Bixio, 25  
48121 Ravenna  
T. +39 054430326

info@lcalighierira.istruzione.it

RAPC01000L@istruzione.it

rapc01000l@pec.istruzione.it

CF.: 80007360391

Cod. Mecc. RAPC01000L

#### Certificazione:

- individua uno o più incaricati responsabili di somministrare i farmaci tra i docenti e il personale A.T.A. che abbiano offerto la propria disponibilità compilando il **Modulo di messa a disposizione (Allegato 4)**;
- concorda con la Pediatria di Comunità dell'AUSL eventuali necessità formative da attivare per il personale addetto alla somministrazione del farmaco;
- dispone affinché sia data esecuzione a quanto indicato nel modulo di certificazione;
- valuta la possibilità di stipulare accordi e convenzioni con altri soggetti istituzionali del territorio qualora le modalità di somministrazione non possano essere espletate dal personale scolastico;
- dà la relativa comunicazione ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno nel caso in cui anche tale soluzione non sia attuabile.

#### **SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO**

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, etc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile.

In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco.

Il consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

#### **AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI**

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati dall'AUSL quando ciò è previsto dalla stessa e da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (**Allegati 1 e 2**).

Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto adeguatamente formato, sia per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione sia per intervenire in caso di eventuali situazioni di urgenza-emergenza.

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

I farmaci "salvavita" rientrano nella tipologia più generale dei farmaci per la cui somministrazione a scuola è necessaria la certificazione dell'AUSL.

Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza il personale somministratore, e comunque il personale scolastico presente, attiverà una **Chiamata di Soccorso al 118**.

#### **INDICE ALLEGATI**

**Allegato 1** - Modulo di richiesta

**Allegato 2** - Modulo di comunicazione

**Allegato 3** - Modulo di certificazione

**Allegato 4** - Modulo di messa a disposizione

#### **LICEO "DANTE ALIGHIERI" - RAVENNA**

Percorsi di studio: Liceo Classico, Liceo Linguistico, Liceo Scienze Umane ed Economico-Sociale

##### **PLESSO A. GARIBALDI**

Piazza Anita Garibaldi, 2  
48121 Ravenna  
T. +39 0544213553

##### **PLESSO N. BIXIO**

Via Nino Bixio, 25  
48121 Ravenna  
T. +39 054430326

info@lcalighierira.istruzione.it

RAPC01000L@istruzione.it

rapc010001@pec.istruzione.it

CF.: 80007360391

Cod. Mecc. RAPC01000L

**MODULO DI RICHIESTA**

per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)

**Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Classico 'D. Alighieri'  
Ravenna**

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)  genitore/tutore  
dello studente (Cognome e Nome) nato a  il  residente a  
 in Via  che frequenta la classe  sez

**CHIEDE**

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco)  personalmente o tramite  da me incaricato

(oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco)  consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco)  consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia 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, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR n. 2016/679

Ravenna,

In fede,

---

**Firma<sup>(1)</sup> di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola**

<sup>(1)</sup>Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/'06), altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

**Allegato 2 - Modulo di Comunicazione**

**MODULO DI COMUNICAZIONE**

Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di maggiorenne)

**Al Dirigente Scolastico  
Del Liceo Classico 'D. Alighieri'  
Ravenna**

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)  studente/studentessa che frequenta  
la classe  sez , nato a  il  residente a  
 in Via

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome del farmaco)  come da  
**Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del  
farmaco)

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR n. 2016/679 (i dati sensibili sono i  
dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

**Sì**

**No**

Ravenna,

In Fede,

\_\_\_\_\_  
(firma dell'interessato)

Logo AUSL      Servizio di .....

MODULO DI CERTIFICAZIONE

Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione Scuola/Istituto Comprensivo Nome..... Via..... Località.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessità

SI CERTIFICA

la somministrazione dei farmaci sottoindicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita..... residente a ..... in Via..... tel.....

A) Nome del farmaco .....

Durata della terapia: dal .....al .....

Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina.....dose...../ Pasto.....dose...../ Pomeriggio.....dose.....

Modalità di somministrazione .....

.....Note

.....

Somministrazione al bisogno:

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

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): Sì  No

Modalità di conservazione .....

.....

Note.....

.....

B) Nome del farmaco salvavita .....

Modalità di somministrazione ...

.....

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

Modalità di conservazione .....

Note .....

Data .....

Medico AUSL (Timbro e Firma)

**Allegato 4 – Modulo di messa a Disposizione**

**Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Classico Alighieri  
di Ravenna**

Il/La sottoscritto/a:

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola del Liceo di Ravenna;

VISTE le linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005;

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico, MIUR, USR ER, AUSL RA del 2013

CONSIDERATO il consenso da parte dell'Ente da cui dipende;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli studenti, secondo quanto previsto dal **Protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola del Liceo Classico Alighieri di Ravenna.**

Ravenna,

In fede