



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITA' E DELLA RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO LADISPOLI I**

Via Castellammare di Stabia, 8 00055 Ladispoli ( Rm ) ☎ 06/9911108 fax 06/9948412  
Distretto Scolastico XXX - Codice Meccanografico RMIC8DX005

E-Mail istituzionale: [RMIC8DX005@istruzione.it](mailto:RMIC8DX005@istruzione.it) – E Mail certificata [RMIC8DX005@pec.istruzione.it](mailto:RMIC8DX005@pec.istruzione.it)

Sito web: [www.icladispoli1.gov.it](http://www.icladispoli1.gov.it) – conto corrente postale: 1009155936

Codice meccanografico dell'Istituto principale: RMIC8DX005 – Codice fiscale: 91064930588

Codice Meccanografici

Infanzia: sede "Paolo Borsellino" RMAA8DX012; sede "Rosario Livatino": RMAA8DX023; sede "Giovanni Paolo II" RMAA8DX034; sede "Via Castellammare di Stabia" RMAA8DX045- Primaria: sede "G.Falcone" RMEE8DX017; sede "G.Rodari" RMEE8DX039; sede "Giovanni Paolo II" RMEE8DX04A- Secondaria di I grado: RMMM8DX016

*Approvato dal Collegio dei Docenti il 15 Ottobre 2019*

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.*"

#### **QUANDO SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA**

La somministrazione di farmaci deve avvenire **solamente** sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'ASL 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 dal medico curante.

#### **Il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno:**

- sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare 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)
- sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.

#### **DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

**Modulo di Richiesta**, utilizzato dai genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale (**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 3**);

**Modulo di Certificazione**, rilasciato dal medico curante che attesti lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) (**Allegato 2**).

### **ACQUISIZIONE E CONSERVAZIONE DEI FARMACI**

La famiglia, o lo studente se maggiorenne, consegnerà al Dirigente Scolastico 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 Certificazione, si impegna a:

- organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato;
- fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo protocollo;
- individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- autorizzare, se prevista e certificata, l'autosomministrazione del farmaco;
- concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica);
- verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed ATA, in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D.M. 388/03) (**Allegati 4-5**);
- ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza;
- coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali qualora risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni;
- dare la relativa comunicazione ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno nel caso in cui anche tale soluzione non sia attuabile.

#### **Il personale scolastico si impegna a:**

- collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente;
- partecipare a momenti di formazione congiunta con personale specializzato;
- segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata;
- provvedere alla somministrazione del farmaco;
- ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

#### **Le famiglie si impegnano a:**

- segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico;
- consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna (**Allegato 6**);
- fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisce;
- informare tempestivamente di eventuali variazioni nella terapia prescritta;
- consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste.

**Gestione delle emergenze: Resta prescritto il ricorso al Sistema sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.**

### **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 dal medico curante quando ciò è previsto dallo stesso 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- 2-3**).

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 medica.

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 prescrizione del medico curante

**Allegato 3** - Modulo di comunicazione alunno maggiorenne

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

**Allegato 5** - Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 6** - Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

**Allegato 1**

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO**

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto omnicomprensivo Ladispoli I**

I sottoscritti ..... e .....  
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a.....  
 frequentante la classe..... della scuola.....  
nell'anno scolastico....., affetto da.....  
e 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 o formativo, 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 e consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

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

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 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.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Reg. Europeo 679/2016.

**Si consegnano n°.....confezioni integre, Lotto..... scadenza.....**

**Si allega 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.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la responsabilità genitoriale

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

**Numeri utili**

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

Telefono Medico curante (Dott. ....)

**N.B.**

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.

**Allegato 2**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

*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..... dell'Istituto  
comprensivo Ladispoli I

sita a .....in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto/a da .....

**A) Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

Somministrazione quotidiana:

Dose da somministrare

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

Modalità di somministrazione .....

..... Note.....

Somministrazione al bisogno:

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

Modalità di conservazione .....

Note .....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

Sì  No

**B) Nome del farmaco salvavita** .....

Dose da somministrare .....

Modalità di somministrazione .....

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

Modalità di conservazione .....

..... Note

Data, .....

Timbro e Firma del Medico curante

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

**Al Dirigente Scolastico**

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....  
nato a .....il.....  
residente a .....in Via.....  
tel.....  
studente/studentessa frequentante la classe ..... sez.....  
scuola .....  
sita in Via .....Cap.....  
Località ..... 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 e del Reg. Europeo 679/2016.

Data, .....

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

**Allegato 4**

**Al Dirigente Scolastico**  
Istituto comprensivo Ladispoli I

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ in qualità di docente/personale ATA

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola ;

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

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 dell'Istituto comprensivo Ladispoli I e secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data .....

In fede

**Allegato 5**

**OGGETTO: Designazione del personale autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario e in ambito scolastico**

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'Istituto comprensivo Ladispoli I dal/i Sig./gg.

.....  
per il/la figlio/a

.....  
classe ..... sez..... della scuola..... di questo Istituto

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nella documentazione prodotta dalla famiglia e secondo quanto previsto dal Protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola dell'Istituto comprensivo Ladispoli I.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Prof.ssa Enrica Caliendo

## Allegato 6

### Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario e in ambito scolastico

**Al Dirigente Scolastico**  
Istituto comprensivo Ladispoli I

In data ..... alle ore ..... la/il sig.....  
genitore dell'alunno/a..... frequentante  
la classe ..... sez. .... della sede di.....  
consegna a.....una confezione nuova ed integra del  
farmaco..... da somministrare all'alunno/a secondo le modalità  
concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui  
allegata.

Il genitore:

- 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;
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori \* .....

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la responsabilità genitoriale.

Si allega:

copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante relativa alla  
somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

....., .....