



## LICEO SCIENTIFICO STATALE "ENRICO FERMI"

Via Mazzini 172/2 – 40139 Bologna (BO)

Telefono: 051-2170201 - Codice Fiscale: 80074870371 – C.U.U. UFECOB

PEO: [bops02000d@istruzione.it](mailto:bops02000d@istruzione.it) PEC: [bops02000d@pec.istruzione.it](mailto:bops02000d@pec.istruzione.it)

Web-Site: [www.liceofermibo.edu.it](http://www.liceofermibo.edu.it)



### 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 della Città Metropolitana di Bologna per la somministrazione di farmaci in contesti extra-familiari, educativi, scolastici e formativi" emanato nel mese di settembre 2019.

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, nel caso di alunno minorenni (Allegato 1), o dall'interessato se maggiorenne (Allegato 2), corredata da:

- certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito educativo/scolastico rilasciata dai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale (Allegato 3);
- certificazione medica per le attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito educativo/scolastico rilasciata dai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale (Allegato 4).

Nella documentazione rilasciata dai medici sono chiaramente evidenziati i seguenti punti:

- assoluta necessità della somministrazione;
- 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.

Inoltre, la documentazione riporta 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 (se presenti)
- 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.

- In caso di auto-somministrazione, l'autorizzazione medica, oltre a prevedere tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, dovrà evidenziare anche la capacità dell'alunno/a di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sorvegliato o coadiuvato dal personale scolastico.
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori (o gli alunni maggiorenni) presenteranno al Dirigente Scolastico.

### **Procedura attuativa**

Accettata la documentazione precedentemente indicata, il Dirigente scolastico:

- organizza una opportuna formazione specifica in collaborazione con il Distretto sanitario coinvolgendo eventualmente anche il Medico curante e la famiglia dell'alunno ed emette gli attestati di formazione al personale che ne ha usufruito,
- verifica la disponibilità del personale scolastico ad effettuare la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale e custoditi a scuola come richiesto dalla famiglia;
- individua un locale per l'effettuazione dell'intervento di somministrazione, un apposito spazio per la conservazione dei farmaci e delle attrezzature necessarie per l'intervento (armadietto, frigorifero, ecc.), nonché un luogo idoneo per la conservazione della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente;
- predispone il registro per la somministrazione dei farmaci / attività a supporto di alcune funzioni vitali l'autorizzazione (Allegato 5);
- predispone le lettere di incarico per la somministrazione dei farmaci a scuola con i relativi piani di intervento per la somministrazione del farmaco prescritto rilasciati dal medico (Allegato 6).

### **Formazione in situazione**

Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente scolastico per la realizzazione della formazione in situazione, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un apposito registro dei partecipanti (Allegato 5).

### **Registrazioni**

Tutti gli interventi andranno annotati, su di un apposito "registro di somministrazione" (Allegato 5) istituito dal Dirigente Scolastico, a cura da parte del personale che ha effettuato la somministrazione o ha coadiuvato l'alunno all'auto-somministrazione.

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... nell'anno scolastico.....,  
 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)
  - L'affiancamento 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.**

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

<b>Numeri di telefono utili:</b>	
Tel. Genitori: tel fisso .....	Tel cell .....
Tel. Genitori: tel fisso .....	Tel cell .....
Tel. medico curante Dott. .... tel. ....	

<p><b>NB:</b>                  La richiesta/autorizzazione va indirizzata 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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.</p>
---

**Comunicazione alla Scuola di assunzione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico. (in caso di alunno/a maggiorenne)**

**Al dirigente scolastico**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

nato/a a ..... il..... residente a .....

in Via..... tel. .... frequentante la classe .....

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

**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.

Data .....

Firma dell'interessato/a

.....

Logo AUSL  
 Servizio di .....

**Fac-simile di certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico**

**Al dirigente scolastico**

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a:

Cognome e Nome .....  
 nato/a a ..... il .....  
 residente a ..... in via ..... n°.....  
 tel. famiglia ..... frequentante la classe .....

**A) Somministrazione quotidiana del farmaco**

Nome commerciale del farmaco: .....

Durata della terapia:

- per tutto l'anno scolastico in corso
- dal ..... al .....

Modalità di conservazione del farmaco: .....  
 .....  
 .....

Note: .....

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

**Capacità** dell'alunno minorenni ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco: SI NO

**B ) Somministrazione al bisogno / in emergenza**

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

.....  
.....

Nome commerciale del farmaco: .....

Durata della terapia:

- per tutto l'anno scolastico in corso
- dal ..... al .....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

.....  
.....

Note: .....

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:    SI            NO

Lugo e data: .....

Medico AUSL  
(Timbro e Firma)

.....



**Oggetto: Lettera di incarico autorizzazione per somministrazione farmaci in orario scolastico**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTA** la richiesta inoltrata dai genitori dello/a studente/studentessa:

Cognome e nome: ..... classe ..... sez. ....,  
relativa alla somministrazione di farmaci a scuola secondo la prescrizione rilasciata dal medico curante in cui viene riportata la tipologia di farmaco da somministrare e le relative modalità di somministrazione;

**VISTA** la partecipazione dei sottoelencati lavoratori alla di formazione sulla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico tenuta dal dott. Capello dell'Asl di Bologna nelle date 19 e 20 ottobre 2021;

**VISTO** il Protocollo della Città Metropolitana di Bologna per la somministrazione di farmaci in contesti extra-familiari, educativi, scolastici e formativi;

**INCARICA**

i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco prescritto e/o a coadiuvare l'alunno/a nell'auto-somministrazione, attenendosi alle indicazioni contenute nella prescrizione del medico curante (allegata).

Bologna, .....

Il Dirigente Scolastico

Fulvio Buonomo

(documento firmato digitalmente  
ai sensi del CAD e norme connesse)

## PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ....

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita
- assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a ..... classe ..... sez. ....

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente, si adotta il seguente piano di azione, da attuare in caso di emergenza.

Premesso che:

- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: .....

(indicare il luogo dove sarà conservato)

Qualora dovesse presentarsi la situazione emergenziale che richiede la somministrazione del farmaco, il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

### Comportamenti del personale

1. Conservare la calma è indispensabile per poter affrontare adeguatamente la situazione.
2. Il personale presente provvede a chiamare il personale disponibile alla somministrazione.
3. Se possibile, prevedere il coinvolgimento di due persone nella gestione dell'emergenza:
  - una persona con il compito di chiamare i genitori e informare il 118, prendendo nota delle eventuali indicazioni ricevute;
  - una persona disponibile per la somministrazione, con il compito di somministrare il farmaco seguendo l'apposito protocollo sanitario rilasciato dal medico curante.

NB:

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dal coordinatore di classe.