



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "RODARI"

Via Magellano, 10 - 65015 Montesilvano (PE)

Tel1: 085 4682259 Tel2: 085 4682687 – <https://icrodari.edu.it>

Email: peic83900e@istruzione.it - peic83900e@pec.istruzione.it

Cod. Mecc.: PEIC83900E - Cod. fiscale: 91117780683

Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola

- 1) **Premesso** che il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ed il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25 novembre 2005, con nota prot. 231, le "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico" con le quali sono stati regolamentati gli interventi finalizzati all'assistenza degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- 2) **Visto** che la somministrazione di farmaci, in ambito scolastico, è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione di farmaci nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola;
- 3) **Considerato** che la somministrazione di farmaci può essere programmata sia per la cura di particolari patologie croniche sia per la cura di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- 4) **Stabilito** che a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando al somministratore non siano richieste né cognizioni specialistiche di tipo sanitario né esercizio di discrezionalità tecnica;
- 5) **Valutato** che la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci (inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico) ha validità annuale e va rinnovata ad ogni inizio d'anno scolastico (anche in caso di proroga);
- 6) **Considerato** che il Consiglio di Istituto ha preso atto del Protocollo e lo ha accolto positivamente con delibera n. 76, verbale n. 11 del 31/01/2023;

SI PREDISPONE

il seguente protocollo in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: Famiglia, Medico Curante e Istituzione Scolastica.

Modalità di somministrazione di farmaci per terapie farmacologiche da parte di personale scolastico

LA FAMIGLIA	<ol style="list-style-type: none">Chiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante (All. A).Consegna il certificato redatto dal medico curante, compilato in ogni sua parte.Solleva l'Istituzione Scolastica da ogni responsabilità, sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione sia per eventuali conseguenze sul minore (All. A).Fornisce alla scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante (All. B/2 o All. C/2).Comunica alla scuola, con tempestività, eventuali variazioni di terapia.
IL MEDICO CURANTE	<ol style="list-style-type: none">Redige il certificato medico in cui prescrive la somministrazione di farmaci in orario scolastico;Dichiara che la somministrazione del farmaco non richiede alcuna discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;Chiarisce la modalità di conservazione del farmaco;Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;Indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta della somministrazione del farmaco e/o gli eventuali effetti indesiderati, pregiudizievoli per la salute del minore.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ol style="list-style-type: none">Il Dirigente Scolastico valuta l'ammissibilità della richiesta ed acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico (All. C/1);Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco e per la sommministrazione;Promuove, all'occorrenza, incontri con il medico curante (o lo specialista che ha redatto la diagnosi o ha effettuato la prescrizione dei farmaci), con la famiglia e con il personale scolastico per approfondire:<ol style="list-style-type: none">La patologia e le sue manifestazioni;La fattibilità della somministrazione del farmaco e l'eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;La mancanza di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene solo riguardo a: posologia, tempi e modalità di somministrazione;L'eventuale spostamento dell'alunno dall'aula ad altro locale, in caso di emergenza;Indicazioni relative all'ordine di priorità da dare alle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.

Modalità di somministrazione di farmaci per terapie farmacologiche da parte di genitori o di loro delegati

LA FAMIGLIA	<ol style="list-style-type: none">1. I genitori dell'alunno inoltrano richiesta alla scuola chiedendo l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici durante l'orario di scuola, al fine di provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco (All. A/1);2. I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco;3. I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere necessariamente in orario scolastico.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ol style="list-style-type: none">1. Il Dirigente Scolastico acquisisce la certificazione del medico curante, compilato in ogni sua parte.2. Il Dirigente Scolastico concede l'autorizzazione, durante l'orario di scuola, ad accedere ai locali dell'istituto ai genitori degli alunni o ai loro delegati per la somministrazione dei farmaci.3. Il Dirigente Scolastico individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.

Modalità di somministrazione di farmaci per particolari patologie acute da parte del personale della scuola

LA FAMIGLIA	<ol style="list-style-type: none">1. I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui:<ol style="list-style-type: none">a) Indicano nome e cognome dell'alunno;b) Precisano la patologia di cui soffre l'alunno;c) Comunicano il nome commerciale del farmaco;d) Chiedono che, in caso di necessità, il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;e) Autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco, in caso di necessità;f) Allegano Certificazione Medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, posologia e tempi di somministrazione);g) Forniscono il farmaco che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati, in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ol style="list-style-type: none">1. Il Dirigente Scolastico, a seguito di richiesta (scritta) di somministrazione di farmaci, da parte della famiglia dell'alunno:<ol style="list-style-type: none">a) Verifica la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la somministrazione di farmaci. (Gli operatori scolastici sono individuati, possibilmente, tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso);b) Individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco;c) Garantisce la corretta conservazione del farmaco;d) Prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "RODARI" MONTESILVANO (PE)**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (da parte del personale della scuola) **in orario scolastico**
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti _____ Genitore Tutore e _____
e _____ Genitore Tutore di (Cognome) _____ (Nome)
_____ nato il _____ e frequentante nell'anno scolastico
_____ / _____ la Scuola: dell'Infanzia Primaria Secondaria di I grado
Classe _____ Sezione _____ plesso _____, constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

coerentemente alla certificazione medica allegata.

Dichiarano che sarà loro cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare tempestivamente e per iscritto la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

A TAL FINE AUTORIZZANO

il personale della scuola ospitante il minore, ad effettuare la somministrazione richiesta come indicato nella certificazione, **solvendo** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

A TAL FINE CONVENGONO

che un Pediatra di Libera Scelta o un Medico di Medicina Generale individuato dalla Famiglia dovrà rendersi disponibile a dare tutte le informazioni necessarie agli operatori scolastici a contatto con l'allievo/a per riconoscere i sintomi e somministrare correttamente i farmaci.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante che DEVE contenere:

- la dichiarazione della assoluta necessità della somministrazione del farmaco a scuola;
- il nome commerciale del/i farmaco/i;
- l'espressa dichiarazione che il farmaco può essere somministrato senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- le indicazioni per la somministrazione del farmaco (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*), con orari, dose, via di somministrazione, conservazione e la sequenza delle manovre da effettuare, ivi comprese le telefonate alla famiglia ed eventualmente al 118, eventuale altro necessario;
- nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi;
- problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Luogo e data _____ il _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità

Numeri di telefono utili: - Pediatra di libera scelta/medico curante _____
- Genitori _____

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "RODARI" MONTESILVANO (PE)**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (da parte dei genitori o di loro delegati) **in orario scolastico**
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti _____ Genitore Tutore e _____
e _____ Genitore Tutore di (Cognome) _____ (Nome)
nato il _____ e frequentante nell'anno scolastico
_____ / _____ la Scuola: dell'Infanzia Primaria Secondaria di I grado
Classe _____ Sezione _____ plesso _____, constatata l'assoluta necessità,
chiedono che il signor _____ possa accedere ai locali della scuola
_____ per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i,
coerentemente alla certificazione medica allegata

Si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione,
coerentemente alla certificazione medica allegata.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante che DEVE contenere:

- la dichiarazione della assoluta necessità della somministrazione del farmaco a scuola;
- il nome commerciale del/i farmaco/i;
- l'espressa dichiarazione che il farmaco può essere somministrato senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- le indicazioni per la somministrazione del farmaco (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*), con orari, dose, via di somministrazione, conservazione e la sequenza delle manovre da effettuare, ivi comprese le telefonate alla famiglia ed eventualmente al 118, eventuale altro necessario;
- nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi;
- problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/2003 e ss.mm. e ii. (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

 SI NO

Luogo e data _____ il _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità

Numeri di telefono utili: - Pediatra di libera scelta/medico curante _____
- Genitori _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "RODARI"

Via Magellano, 10 - 65015 Montesilvano (PE)

Tel1: **085 4682259** Tel2: **085 4682687** – <https://icrodari.edu.it>

Email: **peic83900e@istruzione.it** - **peic83900e@pec.istruzione.it**

Cod. Mecc.: **PEIC83900E** - Cod. fiscale: **91117780683**

AL PERSONALE DOCENTE

AL PERSONALE ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

alunno/a _____ frequentante la classe _____
scuola _____

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

dal/i Sig. _____ per il/la
figlio/a _____ relativa alla
somministrazione del farmaco **salvavita** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le
procedure indicate nell'allegato piano di azione¹:

Montesilvano, lì _____

Il Dirigente Scolastico

Prof. Adriano Forcella

Per presa visione e conferma della disponibilità

Personale docente:	Personale ATA:

¹Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato al file “**Esempio piano di azione per farmaco salvavita**”.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "RODARI"

Via Magellano, 10 - 65015 Montesilvano (PE)

Tel1: **085 4682259** Tel2: **085 4682687** – <https://icrodari.edu.it>

Email: **peic8390oe@istruzione.it** - **peic8390oe@pec.istruzione.it**

Cod. Mecc.: **PEIC83900E** - Cod. fiscale: **91117780683**

VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

Alunno/a _____

In data _____ alle ore _____ la/il sig. _____

genitore _____

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola _____ consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale _____

da somministrare al/alla ragazzo/a in caso _____

di¹ _____ nella dose _____ come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data _____ dal dott. _____

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.

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

_____ Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo e data _____ il _____

Il genitore

I docenti

¹Indicare l'evento



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "RODARI"

Via Magellano, 10 - 65015 Montesilvano (PE)

Tel1: **085 4682259** Tel2: **085 4682687** – <https://icrodari.edu.it>

Email: **peic83900e@istruzione.it** - **peic83900e@pec.istruzione.it**

Cod. Mecc.: **PEIC83900E** - Cod. fiscale: **91117780683**

AL PERSONALE DOCENTE AL PERSONALE ATA

Oggetto: autorizzazione piano di intervento per somministrazione farmaco indispensabile
alunno/a _____ frequentante la classe
_____ dell'istituto _____

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i Sig _____ per il/ la figlio/a _____ relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile il dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale _____ da somministrare ogni giorno alle ore _____ all'alunno/a nella dose di _____ come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
 - Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato¹.
 - Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:
- _____
- _____

- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:
- _____
- _____

Luogo e data _____ il _____

Il Dirigente Scolastico

Prof. Adriano Forcella

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il personale incaricato (firma):

¹ Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

² Indicare il luogo della custodia

³ Indicare il nominativo dell'insegnante incaricato e le eventuali sostituzioni



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "RODARI"

Via Magellano, 10 - 65015 Montesilvano (PE)

Tel1: **085 4682259** Tel2: **085 4682687** – <https://icrodari.edu.it>

Email: **peic83900e@istruzione.it** - **peic83900e@pec.istruzione.it**

Cod. Mecc.: **PEIC83900E** - Cod. fiscale: **91117780683**

VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

Alunno/a _____

In data _____ alle ore _____ la/il sig. _____

genitore _____

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola _____ consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale _____ da somministrare al/alla ragazza/a ogni giorno alle ore _____ nella dose _____ come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data _____ dal dott. _____.

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.

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

_____ Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo e data _____ il _____

Il genitore

I docenti

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti _____

genitori di _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la classe _____ dell'istituto _____

sito a _____ in Via _____,

essendo il minore effetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal dott. _____

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Luogo e data _____ il _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/medico curante _____
- Genitori _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "RODARI"

Via Magellano, 10 - 65015 Montesilvano (PE)

Tel1: 085 4682259 Tel2: 085 4682687 – <https://icrodari.edu.it>

Email: peic83900e@istruzione.it - peic83900e@pec.istruzione.it

Cod. Mecc.: PEIC83900E - Cod. fiscale: 91117780683

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA (esempio)

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da

somministrare in caso di (indicare l'evento)

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

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)

Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
 - chiama i genitori,
 - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
 - accudisce il bambino
 - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

2) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:

- a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
- b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

3) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a) un'insegnante soccorre il/la bambino/a
- b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
- c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

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 dalle insegnanti di plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza verranno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

Il Dirigente Scolastico

.....