



Con l'Europa, investiamo nel vostro futuro



## ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "RAFFAELE VIVIANI"

Via Leonardo da Vinci n.4 - 81020 San Marco Evangelista (CE)

Tel 0823/457911-fax 0823/451122. Cod. Fisc. 93008990611 Cod. Mecc. CEIC806002

[WWW.ISTITUTOVIVIANI.EDU.IT](http://WWW.ISTITUTOVIVIANI.EDU.IT) E-MAIL CEIC806002@ISTRUZIONE.IT

P.E.C CEIC806002@PEC.ISTRUZIONE.IT

### PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

#### PREMESSO CHE :

- Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/01/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico);
- la somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga);

#### SI DISPONE

**IL SEGUENTE PROTOCOLLO IN CUI SI DECLINANO I COMPITI E LE RESPONSABILITA' DELLE PARTI INTERESSATE: FAMIGLIA, MEDICO CURANTE E ISTITUZIONE SCOLASTICA.**

#### LA FAMIGLIA

- Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale

	<p>scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. (Allegato 1) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Allegato 4);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Allegato 1);</li> <li>• Fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante.</li> <li>• Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.</li> </ul>
<b>IL MEDICO CURANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rilascia il certificato (Allegato 3) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;</li> <li>• Indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;</li> <li>• Indica la modalità di conservazione del farmaco;</li> <li>• Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;</li> <li>• Indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore</li> </ul>
<b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico. (Allegato 2);</li> <li>• Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;</li> <li>• Individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;</li> <li>• Promuove incontri con il Medico curante, la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti: <ul style="list-style-type: none"> <li>-La patologia e le sue manifestazioni;</li> <li>-La fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;</li> <li>-La non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;</li> <li>-La presa d'atto della certificazione medica; o Le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;</li> </ul> </li> </ul>

	<p>-indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.</p>
--	--

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

<b>LA FAMIGLIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui indicano nome e cognome dell'alunno;</li> <li>• precisano la patologia di cui soffre l'alunno;</li> <li>• comunicano il nome commerciale del farmaco;</li> <li>• chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;</li> <li>• autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;</li> <li>• allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il Dirigente Scolastico, acquisita la certificazione del medico curante, concede l'autorizzazione all'accesso ai locali dell'istituto durante l'orario di scuola ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci.</li> <li>• Il Coordinatore di plesso individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.</li> </ul>

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

<b>LA FAMIGLIA</b>	<p>I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• indicano nome e cognome dell'alunno;</li><li>• precisano la patologia di cui soffre l'alunno;</li><li>• comunicano il nome commerciale del farmaco;</li><li>• chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;</li><li>• autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;</li><li>• allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);</li><li>• 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</li></ul>
<b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b>	<p>Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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);</li><li>• individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco;</li><li>• garantisce la corretta conservazione del farmaco;</li><li>• prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.</li></ul>

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Viviani di San Marco Evangelista

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte di personale della scuola) in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di

(Cognome) .....(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola :  dell'Infanzia  primaria  secondaria

Classe ..... Sezione..... plesso.....

**CHIEDE**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:.....

A tal fine:

**AUTORIZZA**

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** 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 .

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'Allegato 3**

**Numeri di telefono utili:**

**Medico Curante .....**

**Genitori .....**

In fede.

Data, .....

Firma .....

Allegato 2

**AI GENITORI DELL'ALUNNO/A**

---

**Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

**Vista** la richiesta della famiglia (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

**Visto** il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

**Si fornisce formale**

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Il Dirigente Scolastico in data \_\_\_\_\_ autorizza il personale scolastico in elenco

Cognome e nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità


alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata

**Il Dirigente Scolastico**

Prof. ssa Maria Ruggiero



Allegato 3

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....  
nato il.....residente a .....

**Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

.....

**modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

.....

.....

.....

**durata della terapia** .....

*(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**

.....

.....

.....

.....

**Data, .....**

**timbro e firma del medico**

## Allegato 4

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. di San Marco Evangelista

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di

(Cognome) .....(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola :  dell'Infanzia  primaria  secondaria

Classe ..... Sezione..... plesso.....

### CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

### **\*\*\*Eventuale Delega**

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del

**farmaco e della durata della terapia.**

**Numeri di telefono utili:**

**Medico Curante .....**

**Genitori .....**

In fede.

Data, .....

Firma .....

**Il Dirigente Scolastico**  
**Prof.ssa Maria Ruggiero**  
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs 39/93)