

Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola

- **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;
- **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;
- **Visto** il Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la somministrazione di farmaci a scuola
- **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;
- **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;
- **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);

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

<p>LA FAMIGLIA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chiede la somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante (All. 1). 2. Consegna il certificato redatto dal medico curante, compilato in ogni sua parte, secondo il modello allegato (All. n° 2). 3. Solleva l'Istituzione Scolastica da ogni responsabilità, sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione sia per eventuali conseguenze sul minore (All. 1). 4. Fornisce alla scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante. 5. Comunica alla scuola, con tempestività, eventuali variazioni di terapia.
<p>IL MEDICO CURANTE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redige il certificato (cfr. All. n° 2) in cui prescrive la somministrazione di farmaci in orario scolastico; 2. Dichiara che la somministrazione del farmaco non richiede alcuna discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità; 3. Chiarisce la modalità di conservazione del farmaco; 4. Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; 5. Indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco e/o gli eventuali effetti indesiderati, pregiudizievoli per la salute del minore.
<p>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il Dirigente Scolastico valuta l'ammissibilità della richiesta ed acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico (All. 3); 2. Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco e per la somministrazione; 3. Promuove, all'occorrenza, incontri con il medico curante, con la famiglia e con il personale scolastico per approfondire: <ol style="list-style-type: none"> a) La patologia e le sue manifestazioni; b) La fattibilità della somministrazione del farmaco e l'eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; c) La mancanza di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene solo riguardo a: posologia, tempi e modalità di somministrazione; d) L'eventuale modalità di spostamento dell'alunno dall'aula ad altro locale, in caso di emergenza; e) Indicazioni relative all'ordine di priorità da dare alle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.



Istituto Comprensivo di Albavilla Via Porro, 16 22031 ALBAVILLA (CO)

Cod.Fisc. 91013620132. Cod.Meccanografico COIC816005

www.icalbavilla.edu.it coic816005@istruzione.it pec.coic816005@pec.istruzione.it

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. 4);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, secondo il modello allegato (cf. All. n° 2).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.





Istituto Comprensivo di Albavilla Via Porro, 16 22031 ALBAVILLA (CO)

Cod.Fisc. 91013620132. Cod.Meccanografico COIC816005

www.icalbavilla.edu.it coic816005@istruzione.it pec.coic816005@pec.istruzione.it

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

LA FAMIGLIA	<p>1. I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui:</p> <ul 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) Allega 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	<p>1. Il Dirigente Scolastico, a seguito di richiesta (scritta) di somministrazione di farmaci, da parte della famiglia dell'alunno:</p> <ul 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.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Nora Calzolaio
*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*



Istituto Comprensivo di Albavilla Via Porro, 16 22031 ALBAVILLA (CO)
Cod.Fisc. 91013620132. Cod.Meccanografico COIC816005
www.icalbavilla.edu.it coic816005@istruzione.it pec.coic816005@pec.istruzione.it

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

dell' I.C "Albavilla"

Oggetto:

Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, **da parte di personale della scuola**, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a nato a il

in qualità di Genitore Esercente la potestà genitoriale

di nato a il

frequentante nell'A. Sc 202 / 202...

la Scuola dell'Infanzia sez

la Scuola Primaria di Albavilla cl. ___ sez.

la Scuola Primaria di Orsenigo cl. ___ sez.

la Scuola Secondaria I cl. ___ sez.

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.

Si fornisce 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.



FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

IC Albavilla

Istituto Comprensivo di Albavilla Via Porro, 16 22031 ALBAVILLA (CO)

Cod.Fisc. 91013620132. Cod.Meccanografico COIC816005

www.icalbavilla.edu.it coic816005@istruzione.it pec coic816005@pec.istruzione.it

Numeri di telefono utili:

medico curante:

genitori:

in fede

data

firma



Istituto Comprensivo di Albavilla Via Porro, 16 22031 ALBAVILLA (CO)
Cod.Fisc. 91013620132. Cod.Meccanografico COIC816005
www.icalbavilla.edu.it coic816005@istruzione.it pec.coic816005@pec.istruzione.it

ALLEGATO 2 – a cura del Medico curante

Il minore Nato a il
residente in alla via

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





Istituto Comprensivo di Albavilla Via Porro, 16 22031 ALBAVILLA (CO)

Cod.Fisc. 91013620132. Cod.Meccanografico COIC816005

www.icalbavilla.edu.it coic816005@istruzione.it pec.coic816005@pec.istruzione.it

ALLEGATO 3

Disponibilità del Personale Scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

Vista la richiesta della famiglia 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.

Cognome e nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità

Albavilla,

Il Dirigente Scolastico, in data _____ autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i nella certificazione medica allegata

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Nora Calzolaio





Istituto Comprensivo di Albavilla Via Porro, 16 22031 ALBAVILLA (CO)
Cod. Fisc. 91013620132. Cod. Meccanografico COIC816005
www.icalbavilla.edu.it coic816005@istruzione.it pec.coic816005@pec.istruzione.it

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

dell'I.C "Albavilla"

Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte del genitore, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a nato a il

in qualità di Genitore Esercente la potestà genitoriale

di nato a il

frequentante nell'A. Sc 202 / 202...

- la Scuola dell'Infanzia sez
- la Scuola Primaria di Albavilla cl. ___ sez.
- la Scuola Primaria di Orsenigo cl. ___ sez.
- la Scuola Secondaria I cl. ___ sez.

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.

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia

data

In fede
Firma

Numeri di telefono utili:

medico curante:

genitori:

