



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO ARDEA II

TOR S. LORENZO 00040 ARDEA (RM) - VIA TANARO – tel. 0691010779

Codice Fiscale 97714470586 - Cod. Mecc. RMIC8DA006

Matricola INPS 7060743438 - Codice univoco ufficio: UF99KZ e-mail: rmic8da006@istruzione.it

P.E.C. rmic8da006@pec.istruzione.it Sito web: www.icardea2.edu.it

**PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

Il MIUR e il Ministero della Salute d'intesa hanno emanato in data 25/11/2005 le Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

L'USR Lazio e la Regione Lazio hanno poi siglato il Protocollo di Intesa "*Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico*" prot. n. 5985 del 19.02.2018 in cui "*sono definiti criteri, procedure, competenze, azioni, interventi e responsabilità*" e che "*costituisce il quadro di riferimento a livello regionale cui si attengono tutti gli attori coinvolti*".

Tale somministrazione, in ottemperanza alla sopra citata normativa, deve rispettare alcuni criteri e procedure, fra cui:

- è subordinata ad espressa e formale richiesta della famiglia al Dirigente Scolastico, con validità limitata all'anno scolastico in corso, da rinnovare se necessario all'inizio di ogni anno scolastico (non c'è proroga tacita), comunicando tempestivamente eventuali modifiche in corso d'anno;
- è riservata esclusivamente alle situazioni in cui il medico curante valuta e certifica l'assoluta necessità di assunzione del farmaco in orario scolastico;
- può essere prevista in modo programmato per la cura di particolari patologie croniche, oppure al bisogno in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- può avvenire solo quando non siano richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Il seguente Protocollo specifica compiti e procedure dei soggetti coinvolti: famiglia, medico curante, istituzione scolastica.

PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a devono far pervenire tempestivamente al Dirigente scolastico:

- formale **richiesta sottoscritta da entrambi i genitori**, utilizzando il modulo **All. 1**;
- **autorizzazione medica** rilasciata dai servizi di Pediatria della ASL o da Pediatra di libera scelta o da Medico di Medicina Generale, utilizzando il modulo **All. 2** oppure indicando chiaramente nella certificazione medica **tutti** i seguenti punti:
 - nome cognome dello studente;
 - stato di malattia
 - prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita oppure indispensabile;
 - l'assoluta necessità;
 - la somministrazione indispensabile in orario scolastico
 - la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco ¹, 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 dello stesso;
 - la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco; ▪ dose da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli ▪ modalità di conservazione del farmaco; ▪ durata della terapia.

Ricevuta la documentazione completa, come sopra indicato, il Dirigente scolastico:

- accerta la **disponibilità del personale (All. 3)**;
- predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da modulo allegato:
 - **All. 4:** farmaco

Acquisita l'autorizzazione ed il relativo piano di intervento, gli insegnanti incaricati procederanno a stilare un **verbale** al momento della **consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola**, utilizzando i moduli:

- **All. 5: verbale** di consegna farmaco

A fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Per casi specifici riguardanti alunni minori, la famiglia d'intesa con l'ASL può chiedere **l'autosomministrazione All. 6.**

A tal fine:

- l'autorizzazione medica dovrà riportare espressamente, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola come sopra specificato, anche la dicitura specifica: *“il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”*;
- la stessa dicitura dovrà essere indicata espressamente anche nella richiesta che i genitori presentano al Dirigente Scolastico (All. 1);
- resta invariata la restante procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento, le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola. Anche in questi documenti andrà riportata la stessa dicitura.

NOTA BENE: L'autorizzazione medica presentata dai genitori **ha validità solo per l'anno scolastico in corso** e va rinnovata, se necessario, all'inizio di ogni anno scolastico, nonché eventualmente in corso d'anno qualora mutino le condizioni che ne costituiscono il presupposto.

¹ La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

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

Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo "Ardea 2"

Oggetto: richiesta di somministrazione di farmaci.

I sottoscritti _____,
genitori dell'alunno _____, nato a _____
il _____, residente a _____ in via _____,
frequentante la classe/sezione _____ della Scuola _____
sita a _____ in via _____,
essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Gli scriventi acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Luogo e data _____

FIRMA DEI GENITORI
(O DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ)

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____
- Genitori _____

MODELLO PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Pediatra di libera scelta o Medico di medicina generale)

Vista la richiesta dei genitori del/la bambino/a:

Cognome _____ Nome _____ nato a _____
 _____ il _____ residente a _____ Via _____

constatato lo stato di malattia e l'assoluta necessità si prescrive la somministrazione dei farmaci sottoindicati in ambito ed in orario scolastico, da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario, senza discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco in relazione a tempi, posologia e modalità di somministrazione.

Farmaco da somministrare:

- nome commerciale del farmaco _____;
 descrizione dell'evento che richiede la somministrazione (nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare dettagliatamente i sintomi):

Si tratta di un farmaco (indicare una delle due opzioni):

☐ salvavita ☐ indispensabile

Modalità e vie di somministrazione

_____ Dose:

Orario:

- 1^a dose ☐ 2^a dose ☐ 3^a dose ☐ 4^a dose
 ...

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli _____

Note _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____



Codice Fiscale 97714470586 - Cod. Mecc. RMIC8DA006

P.E.C. rmic8da006@pec.istruzione.it Sito web: www.icardea2.edu.it

VERIFICA DISPONIBILITA' PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell'Istituto sono presenti alunni che necessitano della somministrazione di farmaci, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico stesso.

Il personale disponibile potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

Si ringrazia per la disponibilità e collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Sandra Tetti)

[illegible]



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO ARDEA II

TOR S. LORENZO 00040 ARDEA (RM) - VIA TANARO – tel. 0691010779

Codice Fiscale 97714470586 - Cod. Mecc. RMIC8DA006

Matricola INPS 7060743438 - Codice univoco ufficio: UF99KZ e-mail: rmic8da006@istruzione.it

P.E.C. rmic8da006@pec.istruzione.it Sito web: www.icardea2.edu.it

Allegato 4

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Ai genitori dell'alunno _____

Al responsabile di plesso _____

Ai docenti della classe _____

Ai Collaboratori Scolastici

Oggetto: autorizzazione alla somministrazione del farmaco

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Viste** le Linee Guida in data 25.11.2005 per la somministrazione di farmaci in orario scolastico predisposte dal MIUR d'intesa con il Ministero della Salute;
- Visto** il Protocollo di Intesa fra Regione Lazio e USR Lazio "Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico" prot. n. 5985 del 19.02.2018;
- Vista** la richiesta dei genitori dell'alunno in indirizzo presentata in data _____ prot. _____;
- Vista** la certificazione medica rilasciata dal Dott. in data..... qui allegata;
- Verificata** la disponibilità dei docenti e dei collaboratori scolastici sotto indicati alla somministrazione del farmaco;
- Vista** la disponibilità dei genitori del bambino;

AUTORIZZA

in accordo con i genitori, la somministrazione del farmaco _____ da parte degli insegnanti di classe _____ e dei collaboratori _____ secondo le procedure esemplificate nell'allegato Piano di azione (All. 7).

Nel caso di assenza nello stesso turno dei docenti e dei collaboratori designati, la famiglia sarà informata per tempo.

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente (nome, cognome e firma)	Personale ATA (nome, cognome e firma)

I GENITORI (firma per accettazione) _____

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Sandra Tetti)

VERBALE PER CONSEGNA DI MEDICINALE

Il giorno alle ore il/la Signor/a
genitore dell'alunno/a iscritto/a
alla classe della scuola consegna alle
insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del/i medicinale/i

.....
da somministrare al/alla bambino/a in caso di ²
nella dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e allegata in
copia alla presente, rilasciata in data dal Dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva la Scuola e lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qualvolta il medicinale sarà terminato;
- comunicherà immediatamente alla scuola ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Luogo e data

Il genitore che consegna

.....

Gli insegnanti

.....

² Indicare l'evento che richiede la somministrazione del farmaco

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare alla Scuola)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono
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 la Scuola e lo stesso personale da
ogni responsabilità derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/93 e ss.mm.ii. (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data il

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà sul minore

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO ARDEA II

TOR S. LORENZO 00040 ARDEA (RM) - VIA TANARO – tel. 0691010779

Codice Fiscale 97714470586 - Cod. Mecc. RMIC8DA006

Matricola INPS 7060743438 - Codice univoco ufficio: UF99KZ e-mail: rmic8da006@istruzione.it

P.E.C. rmic8da006@pec.istruzione.it Sito web: www.icardea2.edu.it

Allegato 7

PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(il presente piano ha valore di **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 qualvolta il medicinale sarà
terminato.

Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale (All. 5).

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 112
 - prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- ☐ una persona per la somministrazione:
 - accudisce il bambino
 - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia seguendo 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 112 e i genitori.

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**.

Il Dirigente Scolastico

(Dott.ssa Sandra Tetti)

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, co 2, D.Lgs n.39/1993)