



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

ALLEGATO N° 2

PROTOCOLLO 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.



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica:UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

LA FAMIGLIA	<ol style="list-style-type: none">1. Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante (<u>Allegato 1</u>);2. 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 (<u>Allegato 1</u>);3. fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante;4. comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.
IL MEDICO CURANTE	<ol style="list-style-type: none">1. Rilascia il certificato (<u>Allegato 3</u>) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;2. indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;3. indica 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 dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ol style="list-style-type: none">1. Valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico. (<u>Allegato 2</u>);2. individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;3. individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;4. 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">▪ la patologia e le sue manifestazioni;▪ la fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;▪ la non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;▪ la presa d'atto della certificazione medica; le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;▪ indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 112, chiamata alla famiglia.





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

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

LA FAMIGLIA	<ol style="list-style-type: none">1. I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui indicano nome e cognome dell'alunno;2. precisano la patologia di cui soffre l'alunno;3. comunicano il nome commerciale del farmaco;4. chiedono che, in caso di necessità, il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;5. autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;6. 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);7. 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, 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.2. Il Coordinatore di plesso individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

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

<p>LA FAMIGLIA</p>	<p>I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui:</p> <ol style="list-style-type: none">1. indicano nome e cognome dell'alunno;2. precisano la patologia di cui soffre l'alunno;3. comunicano il nome commerciale del farmaco;4. chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;5. autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;6. 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);7. 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.
<p>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</p>	<p>Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci:</p> <ol style="list-style-type: none">1. 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);2. individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco;3. garantisce la corretta conservazione del farmaco;4. prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo di **Oliena**
Viale Italia, 31 – 08025 Oliena (NU)

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da parte di personale della scuola) IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a a _____ il ___/___/___ e frequentante nell'anno scolastico ___/___

la Scuola: dell'Infanzia Primaria Secondaria

classe _____ Sezione _____ Plesso _____

essendo il/la minore affetto/a da _____ e constatata

l'assoluta necessità

CHIEDE

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ___/___/___ e allegata alla presente.

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



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica: UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Numeri di telefono utili:

Genitori:

_____ cell/abitazione _____

_____ cell/abitazione _____

Medico curante:

_____ cell/studio _____

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà

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.

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente e reso disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano di Intervento Personalizzato (PIP) e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano di Intervento Personalizzato.

Il/La sottoscritto/a avrà cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Il/La sottoscritto/a provvederà a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

Il/La sottoscritto/a autorizza il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112.



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica:UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo di Oliena dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03 e secondo Il Regolamento UE 679/2016 GDPR. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 e GDPR/2016, l'Istituto Comprensivo di Oliena dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03 e GDPR/2016 ; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico, Prof.ssa Maria Fancello.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 e GDPR/2016 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà

Data, _____



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica:UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

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



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica:UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica:UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Allegato 3

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato il _____ residente a _____ via (piazza) _____

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



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica:UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Allegato 4

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

In data ____/____/____ alle ore ____:____, la/il sig./sig.ra _____,

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____ e frequentante nell'anno scolastico ____/____

la Scuola: dell'Infanzia Primaria Secondaria

classe _____ Sezione _____ plesso _____

consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato/a nel

Piano di intervento personalizzato prot. N. _____ del _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica

consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal (barrare la voce corrispondente):

- Servizio di pediatria della Azienda ASL _____
- medico pediatra di libera scelta dott. _____
- medico di medicina generale dott. _____
- ALTRO _____



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica: UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it





Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE OLIENA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano di intervento personalizzato,

- nel seguente luogo: _____
- con le seguenti modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo e data: _____

Firma dell'incaricato _____ **Firma del genitore** _____



Sede amministrativa: Viale Italia, 31 08025 OLIENA ☎ 0784-287664
Codice IPA: **istsc_nuic86800b**
Codice unico di fatturazione elettronica:UFS2HJ C.F. 93036690910
Sito web: www.icoliena.edu.it e-mail: nuic86800b@istruzione.it
pec: nuic86800b@pec.istruzione.it

