



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.C. VIA LUIGI RIZZO 1

I Municipio di Roma – XXV Distretto

SEDE CENTRALE: Via Luigi Rizzo, 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA G.B.VICO: Piazzale degli Eroi, 14 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA A.B.CAIROLI: Via G. Bruno, 2 ☎ 0639742309 fax 0639886021

SEDE SC. SECONDARIA I° GRADO L.ARIOSTO: Via Luigi Rizzo, 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

web: www.icvialuigirizzo.gov.it

✉ rmic848001@istruzione.it – PEC: rmic848001@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: RMIC848001 – C.F. 97199530581

PROCEDURA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Riferimenti normativi

(Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico – 25/11/2005: [...] per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica”)

Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

Soggetti coinvolti:

- Dirigente scolastico
- Personale scolastico: personale docente e ATA, assistenza specialistico
- Famiglia e/o di chi ne fa le veci dell'alunno richiedente la somministrazione del farmaco
- Medico di base, o Azienda Sanitaria Locale
- Enti locali

Procedura di intervento:

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo.

Il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno:

- Sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare il farmaco (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 del farmaco)
- Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.

Il Dirigente scolastico si impegna a:

- Fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo protocollo
- Richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (allegato 1 e 2)
- Individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci
- Concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica)
- Verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed ATA, in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D.M. 388/03) (allegato 4)
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza

Il personale scolastico si impegna a:

- Collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente
- Segnalare con tempestività qualsiasi episodio critico
- Provvede alla somministrazione del farmaco se individuato dal DS (allegato 5)
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza

Le famiglie si impegnano a:

- Segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico
- Si impegnano a consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna. (allegato 3)
- Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisce
- Informare tempestivamente di eventuali variazioni nella terapia prescritta
- Consegnare all'istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste.

Gestione delle emergenze

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

Fanno parte integrante del presente Protocollo:

Allegato 1 : Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 2 : Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 3 : Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Allegato 4 : Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 5 : Disponibilità a somministrare i farmaci



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.C. VIA LUIGI RIZZO 1

I Municipio di Roma - XXV Distretto

SEDE CENTRALE: Via Luigi Rizzo, 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA G.B.VICO: Piazzale degli Eroi, 14 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA A.B.CAIROLI: Via G. Bruno, 2 ☎ 0639742309 fax 0639886021

SEDE SC. SECONDARIA I° GRADO L.ARIOSTO: Via Luigi Rizzo, 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

web: www.icvialuigirizzo.gov.it

✉ rmic848001@istruzione.it - PEC: rmic848001@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: RMIC848001 - C.F. 97199530581

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Via Luigi Rizzo

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
Prov. (____), il _____, residente a _____ (____), indirizzo: _____
_____ nella qualità di
Padre/Madre _____ (o chi ne fa le veci)

e
Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, P
(____), il _____, residente a _____ (____), indirizzo: _____
_____ nella qualità di Padre/Madre _____
_____ (o chi ne fa le veci)

dell'alunno/a _____ nato a _____
_____ il _____
e frequentante nell'anno scolastico 20__ / __ la classe _____
nel plesso _____

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla
certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

- Il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- Il minore stesso alla auto somministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Si allega:

o **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria

o **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n. 5336/ del 2-9-2015:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Roma,/..../....

Firma



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'Istruzione e per l'Innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.C. VIA LUIGI RIZZO 1

I Municipio di Roma – XXV Distretto

SEDE CENTRALE: Via Luigi Rizzo , 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA G.B.VICO: Piazzale degli Eroi, 14 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA A.B.CAIROLI: Via G. Bruno, 2 ☎ 0639742309 fax 0639886021

SEDE SC. SECONDARIA I° GRADO L.ARIOSTO: Via Luigi Rizzo, 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

web: www.icvialuigirizzo.gov.it

✉ rmic848001@istruzione.it – PEC: rmic848001@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: RMIC848001 – C.F. 97199530581

Allegato 2

Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Via Luigi Rizzo

L'alunno/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____ in via _____
_____ e frequentante codesto Istituto
scolastico è affetto da: _____

Pertanto **è necessaria la somministrazione di farmaci** in ambito scolastico

Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione) _____

Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

In caso di _____
_____,
le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione) _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

È prevista l'**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell'alunno **SI** **NO**

Data, _____

Timbro e firma del medico

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.C. VIA LUIGI RIZZO 1

I Municipio di Roma – XXV Distretto

SEDE CENTRALE: Via Luigi Rizzo , 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA G.B.VICO: Piazzale degli Eroi, 14 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA A.B.CAIROLI: Via G. Bruno, 2 ☎ 0639742309 fax 0639886021

SEDE SC. SECONDARIA I° GRADO L.ARIOSTO: Via Luigi Rizzo, 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

web: www.icvialuigrizzo.gov.it

✉ rmic848001@istruzione.it – PEC: rmic848001@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: RMIC848001 – C.F. 97199530581

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Via Luigi Rizzo

In data _____ alle ore _____ la/il Sig _____ genitore
dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ nel plesso _____ consegna
nelle mani di _____ una confezione
nuova/integra del farmaco _____ da somministrare
all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2,
consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

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

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

Il Dirigente _____

Il Personale della scuola (qualifica)

1.
2.
3.

- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

I genitori (nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà) -----

Si allega: copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosom-ministrazione di farmaci in orario scolastico

Roma, -----



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.C. VIA LUIGI RIZZO 1

I Municipio di Roma – XXV Distretto

SEDE CENTRALE: Via Luigi Rizzo , 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA G.B.VICO: Piazzale degli Eroi, 14 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA A.B.CAIROLI: Via G. Bruno, 2 ☎ 0639742309 fax 0639886021

SEDE SC. SECONDARIA I° GRADO L.ARIOSTO: Via Luigi Rizzo, 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

web: www.icvialuigirizzo.gov.it

✉ rmic848001@istruzione.it – PEC: rmic848001@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: RMIC848001 – C.F. 97199530581

Allegato 4

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'Istituto, dal/i Sig. _____
_____ per il/la figlio/a _____

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Firma per presa visione e conferma della disponibilità del personale docente:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



Ministero dell'Istruzione, dell'Università
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in ma
scolastica, per la gestione dei fondi stru
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.C. VIA LUIGI RIZZO 1

I Municipio di Roma - XXV Distretto

SEDE CENTRALE: Via Luigi Rizzo , 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA G.B.VICO: Piazzale degli Eroi, 14 ☎ 0639720006 fax 0639720007

SCUOLA PRIMARIA A.B.CAIROLI: Via G. Bruno, 2 ☎ 0639742309 fax 0639886021

SEDE SC. SECONDARIA I° GRADO L.ARIOSTO: Via Luigi Rizzo, 1 ☎ 0639720006 fax 0639720007

web: www.icvialuigirizzo.gov.it

✉ rmic848001@istruzione.it - PEC: rmic848001@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: RMIC848001 - C.F. 97199530581

Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Via Luigi Rizzo

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /La sottoscritto/a _____

Docente

Personale ATA

dell'IC Via Luigi Rizzo presso il plesso _____

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno _____

della classe _____

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

FIRMA
