



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "F. SOFIA ALESSIO – CONT-MONT-PAS"

(SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA I GRADO)

Via C. Alvaro, 1 - 89029 TAURIANOVA (RC) - Tel.: 0966472889E-Mail:

rcic87400a@istruzione.it -Pec: rcic87400a@pec.istruzione.it Sito web:

<http://www.icalessiocontestabile.edu.it>

Cod. Mecc. RCIC87400A - AMBITO 11 - C.F.= 91021610802 - C.U.= UF01SF

Al personale Docente

Al personale ATA

Alle Famiglie

Al sito WEB

Circolare n. 18

Oggetto: Protocollo per la somministrazione dei farmaci

In Allegato, il protocollo per la somministrazione farmaci con declinati i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e istituzione scolastica.

Si chiede inoltre di comunicare al più presto possibile eventuali allergie alimentari.

Si ringrazia per la fattiva collaborazione ai fini del rispetto degli standard di sicurezza.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria Concetta Muscolino

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 D. Lgs.
n. 39/1993



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "F. SOFIA ALESSIO – CONT-MONT-PAS"

(SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA I GRADO)

Via C. Alvaro, 1 - 89029 TAURIANOVA (RC) - Tel.: 0966472889E-Mail:

rcic87400a@istruzione.it -Pec: rcic87400a@pec.istruzione.it Sito web:

<http://www.icalessiocontestabile.edu.it>

Cod. Mecc. RCIC87400A - AMBITO 11 - C.F.= 91021610802 - C.U.= UF01SF

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 RESPONSABILITÀ 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 scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. (Allegato 1)
- 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);
- Fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante.
- Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.

IL MEDICO CURANTE

- Rilascia il certificato in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;
- Indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;
- Indica la modalità di conservazione del farmaco;
- Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;
- 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

- Valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico. (Allegato 2);
- Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;
- Individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;
- Promuove incontri con il Medico curante, la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:
- 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; o 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 118, chiamata alla famiglia.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria Concetta Muscolino

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 D. Lgs.
n. 39/1993



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
“F. SOFIA ALESSIO – CONT-MONT-PAS”

(SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA I GRADO)

Via C. Alvaro, 1 - 89029 TAURIANOVA (RC) - Tel.: 0966472889E-Mail:

rcic87400a@istruzione.it -Pec: rcic87400a@pec.istruzione.it Sito web:

<http://www.icalessiocontestabile.edu.it>

Cod. Mecc. RCIC87400A - AMBITO 11 - C.F.= 91021610802 - C.U.= UF01SF

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. “F. SOFIA ALESSIO – CONT-MONT-PAS”

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

Il /La sottoscritto/ain 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.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

In fede.

Data, Firma



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "F. SOFIA ALESSIO – CONT-MONT-PAS"

(SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA I GRADO)

Via C. Alvaro, 1 - 89029 TAURIANOVA (RC) - Tel.: 0966472889E-Mail:

rcic87400a@istruzione.it -Pec: rcic87400a@pec.istruzione.it Sito web:

<http://www.icalessiocontestabile.edu.it>

Cod. Mecc. RCIC87400A - AMBITO 11 - C.F.= 91021610802 - C.U.= UF01SF

Allegato 2

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

<i>Cognome e nome</i>	<i>Indicare se docente o ATA</i>	<i>Firma per disponibilità</i>

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

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria Concetta Muscolino