



*Istituto d' Istruzione Superiore  
Licei "Luca da Penne - Mario dei Fiori"  
Via Dante Alighieri, 8 – 65017 Penne (Pe)*

---

LICEO ARTISTICO – LICEO CLASSICO – LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE

**PROTOCOLLO  
PER LA SOMMINISTRAZIONE  
DEI FARMACI A SCUOLA  
a.s. 2014-2015  
Delibera Consiglio d'Istituto del 31/10/2014**





*Istituto d'Istruzione Superiore  
Licei "Luca da Penne - Mario dei Fiori"  
Via Dante Alighieri, 8 – 65017 Penne (Pe)*

LICEO ARTISTICO – LICEO CLASSICO – LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE

**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;
- la 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).
- Il Consiglio di Istituto in data 26 novembre 2012 ha adottato il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola;

**SI DISPONE**

**IL SEGUENTE PROTOCOLLO IN CUI SI DECLINANO I COMPITI E LE RESPONSABILITÀ DELLE PARTI INTERESSATE: FAMIGLIA, MEDICO CURANTE E ISTITUZIONE SCOLASTICA.**

<b>LA FAMIGLIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. (Allegato 1) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Allegato 4);</li><li>➤ Autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal</li></ul>
--------------------	--



*Istituto d' Istruzione Superiore*  
*Licei "Luca da Penne - Mario dei Fiori"*  
*Via Dante Alighieri, 8 – 65017 Penne (Pe)*

LICEO ARTISTICO – LICEO CLASSICO – LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE

	<p>medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Allegato 1);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante.</li><li>➤ Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.</li></ul>
--	--

<b>IL MEDICO CURANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Rilascia il certificato (Allegato 3) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;</li><li>➤ Indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;</li><li>➤ Indica la modalità di conservazione del farmaco;</li><li>➤ Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;</li><li>➤ 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.</li></ul>
--------------------------	--

<b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico. (Allegato 2);</li><li>➤ Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;</li><li>➤ Individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;</li><li>➤ Promuove incontri con il Medico curante, la Famiglia e la Scuola al fine dichiarare in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:<ul style="list-style-type: none"><li>• La patologia e le sue manifestazioni;</li><li>• La fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di</li><li>• soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;</li><li>• La non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che</li><li>• interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;</li><li>• La presa d'atto della certificazione medica;</li><li>• Le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula</li><li>• ad altro locale scolastico in caso di emergenza;</li><li>• Indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.</li></ul></li></ul>
---------------------------------	---



*Istituto d' Istruzione Superiore  
Licei "Luca da Penne - Mario dei Fiori"  
Via Dante Alighieri, 8 – 65017 Penne (Pe)*

LICEO ARTISTICO – LICEO CLASSICO – LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE

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

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

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



*Istituto d' Istruzione Superiore  
Licei "Luca da Penne - Mario dei Fiori"  
Via Dante Alighieri, 8 – 65017 Penne (Pe)*

LICEO ARTISTICO – LICEO CLASSICO – LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "L. Da Penne- M. Dei Fiori"

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

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) .....(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

il Liceo :

Artistico

Scientifico

Classe ..... Sezione.....

**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 conforme all'Allegato 3**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**

**In fede.**

**Data, .....**

Firma .....



*Istituto d' Istruzione Superiore  
Licei "Luca da Penne - Mario dei Fiori"  
Via Dante Alighieri, 8 – 65017 Penne (Pe)*

LICEO ARTISTICO – LICEO CLASSICO – LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE

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.

Cognome e Nome	Docente/ATA	Firma per disponibilità

Penne , .....

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

**Il Dirigente Scolastico**



*Istituto d' Istruzione Superiore  
Licei "Luca da Penne - Mario dei Fiori"  
Via Dante Alighieri, 8 – 65017 Penne (Pe)*

LICEO ARTISTICO – LICEO CLASSICO – LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE

**Allegato 3**

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....  
nato il ..... residente a .....

**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 d' Istruzione Superiore*  
*Licei "Luca da Penne - Mario dei Fiori"*  
*Via Dante Alighieri, 8 – 65017 Penne (Pe)*

LICEO ARTISTICO – LICEO CLASSICO – LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE

Allegato 4

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "L. Da Penne- M. Dei Fiori"

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore  
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) ..... (Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

il Liceo :

- Artistico  
 Scientifico

Classe ..... Sezione.....

**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.

\*\*\**Eventuale Delega*

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

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

**In fede.**

**Data, .....**

Firma .....

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**