



Istituto d'Istruzione Superiore Statale

PIAGET-DIAZ

**SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE - MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY - SERVIZI CULTURALI E DELLO SPETTACOLO**
TEL. 06121122585 - SITO WEB: WWW.PIAGETDIAZ.EDU.IT - CODICE MECCANOGRAFICO: RMIS03600V
C.F.: 97198880581 - IBAN: IT70H0306905020100000046234 - CODICE UNIVOCO: UFCPCA
P.E.C.: RMIS03600V@PEC.ISTRUZIONE.IT - P.E.O.: RMIS03600V@ISTRUZIONE.IT

Alla Referente Protocollo Farmaco di Istituto

Al DSGA

Ai collaboratori del D.S. e ai referenti di sede

Al Direttore Sanitario Asl RM 2

protocollo.prevenzione@pec.aslroma2.it

Al Presidente del V Municipio di Roma Capitale

presidenza.mun05@comune.roma.it

Al Presidente del VII Municipio di Roma Capitale

presidenza.mun07@comune.roma.it

Oggetto: Protocollo somministrazione farmaci in orario scolastico di Istituto

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visto il protocollo d'intesa sui farmaci a scuola siglato tra Miur Usr Lazio e Regione Lazio di cui al prot. 05985 del 19/02/2018;

Vista la nota Usr Lazio prot. n.64845 del 5/2/18 recante il suddetto protocollo Usr Lazio – Regione;

Considerato che il suddetto accordo è finalizzato a definire i criteri, procedure, competenze, azioni, interventi e responsabilità connessi alle necessità della somministrazione di farmaci agli alunni con patologie croniche o assimilabili che frequentano le scuole di ogni ordine e grado, a tutela della salute e della sicurezza in orario scolastico e della regolare frequenza e che rispetto a tali contenuti devono conformarsi gli Istituti scolastici insieme alle Asl e ai Municipi per quanto di rispettiva competenza;

Visto l'art. 7 del protocollo Usr Lazio – Regione Lazio

DISPONE

la seguente procedura per la gestione dell'attività connessa e diretta alla somministrazione di farmaci in orario scolastico, impegnando ciascuno del personale interessato, per quanto di rispettiva competenza, alla sua più puntuale e tempestiva applicazione

In caso di richieste da parte di genitori per la somministrazione dei farmaci a scuola, il referente del protocollo sanitario di istituto (di seguito referente di istituto) o, in sua assenza i fiduciari di sede,

informeranno della procedura i genitori che ne facciano richiesta e li inviteranno a inviare la documentazione alla segreteria per formalizzare gli atti (rmis03600v@istruzione.it).

Iter definizione protocollo sanitario farmaci:

- Gli esercenti la responsabilità genitoriale o gli studenti (se maggiorenni) presentano in segreteria (a mano in busta chiusa) o via e-mail (rmis03600v@istruzione.it), gli allegati 1 – 2 - 4 compilati in ogni loro parte (allegato 1 a cura dei genitori, allegato 2 a cura del MMG/PLS, allegato n. 4 per gli studenti maggiorenni)
- La segreteria informa immediatamente il referente del protocollo sanitario (di seguito referente di istituto) o in sua assenza il collaboratore del Dirigente Scolastico della richiesta dei genitori e del medico curante (vedi modelli all. 1 e all. 2).
- Il referente di istituto invia la documentazione al Direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale, nonché la richiesta di formazione in situazione del personale scolastico individuato (vedi modello allegato 8).
- Il referente di istituto invia ai Docenti del consiglio di classe e al Personale ATA della sede, la richiesta di disponibilità per la somministrazione dei farmaci all'alunno interessato, fornendo informazioni sul singolo caso specifico (allegato 5).
- Sulla base delle disponibilità raccolte, il Dirigente scolastico incarica il personale interno per la somministrazione del farmaco all'alunno (allegato 5a).
- Il Dirigente scolastico con la collaborazione del referente di Istituto predispone il piano d'azione (allegato 7).
- Il docente o l'operatore scolastico che ha eseguito l'intervento compila il registro somministrazione farmaco dopo ogni intervento di somministrazione (allegato 6).

Più nello specifico si precisa che

1. Il referente protocollo farmaco di istituto predispone la modulistica e l'attività organizzativa e amministrativa connessa al presente protocollo sulla base della documentazione relativa alla richiesta di attivazione del protocollo somministrazione farmaci da parte dei genitori (vedi allegati da 1 a 4);
2. la segreteria dovrà conservare e mettere a disposizione degli interessati i modelli da compilare per la richiesta in ordine alla somministrazione del farmaco in orario scolastico, allegati al protocollo Usr Lazio-Regione Lazio prot. 05985 del 19/02/2018 (allegati 1 e 2). La modellistica dovrà risultare accessibile comunque anche via sito web. Una volta ricevuta la richiesta di attivazione del protocollo sanitario da parte dei genitori/alunno (se maggiorenne) la segreteria avvisa subito il referente di istituto e ripone la documentazione in busta chiusa, con la dicitura "RISERVATO, nome e cognome alunno, classe, nel fascicolo personale dell'allievo; altrettanto farà per tutto il resto della documentazione riguardante il caso;
3. Nell'istanza di attivazione del protocollo somministrazione farmaci, i genitori presentano al

Dirigente scolastico la richiesta (alternativamente)

- a) di accedere direttamente alla sede scolastica per la somministrazione dei farmaci
 - b) di far accedere persona da loro delegata
 - c) di individuare il personale scolastico o formativo per l'effettuazione della prestazione, autorizzandone l'operato e sollevando da qualsiasi responsabilità, sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sull'alunno;
4. All'atto della consegna dei moduli la segreteria fornirà ai genitori il modulo di responsabilità in cui il genitore dovrà sottoscrivere gli impegni di cui dal punto a) al punto g) del predetto protocollo Miur Usr – Regione Lazio (si ricorda che in caso di inoltro della documentazione via posta elettronica ordinaria, l'interessato dovrà allegare alla e-mail anche una fotocopia del documento di riconoscimento rilasciato ai sensi dell'art. 35 del DPR 445/2000)
5. Il personale di accettazione verifica che la richiesta sia sempre accompagnata dalla prescrizione del Medico curante, in cui deve risultare specificato:
- se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
 - se risulti indicata l'assoluta necessità, indispensabilità della somministrazione in orario scolastico;
 - la non discrezionalità di chi somministra il farmaco né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi e modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - la fattibilità della somministrazione del farmaco e dell'eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie.
6. Il referente protocollo farmaco di Istituto predispone la richiesta di disponibilità da rivolgere a tutto il personale docente e tra i collaboratori scolastici e gli assistenti tecnici. Nel caso in cui non si rilevino le condizioni per la somministrazione dei farmaci (disponibilità del personale scolastico o educativo, locali o altro) il referente protocollo farmaco di istituto predispone:
- la comunicazione da inviare via mail alle organizzazioni di volontariato/protezione civile del territorio per richiedere intervento da parte di loro personale per la somministrazione farmaci (vedi allegato 9);
 - la comunicazione da inviare alle strutture territoriali di riferimento (Distretto sanitario della ASL e Municipio) con la richiesta di proporre un programma d'intervento atto a superare la criticità (vedi modello allegato 10).
7. Il referente di istituto, non appena ricevuta la richiesta di attivazione da parte dei genitori predispone subito l'invio del caso al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale e nel contesto la richiesta di formazione in situazione del personale scolastico e formativo individuato (in questo caso si individuano: il consiglio di classe dell'alunno/a interessato/a, i consigli di classe delle aule limitrofe a quella della classe dell'alunno/a interessato/a, il personale

Ata Cs della sede).

8. Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente scolastico o per il suo tramite con il referente protocollo farmaco di istituto per la realizzazione della formazione in situazione, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un'apposita scheda (Allegato 3 al protocollo Usr Lazio- Regione Lazio). Il referente da comunicazione al Dirigente Scolastico dell'esito dell'attività. Qualora inefficace in tempi congrui provvede a comunicarlo per iscritto alla segreteria che inoltrerà l'esposto alla Asl e al Municipio e per conoscenza al Dirigente Scolastico e alla famiglia;
9. Il referente di istituto predispone il "registro di somministrazione" relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascuno studente ove sia attestata ogni somministrazione e il nome dell'adulto che ha provveduto alla somministrazione o assistito alla medesima (allegato 6) e lo consegna via e-mail al coordinatore di classe, a tutti i docenti della classe, ai collaboratori scolastici di sede.
10. Il referente protocollo farmaco di istituto per studenti in specifiche condizioni per cui sia opportuno prevedere specifici interventi, predispone e invia via pec al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale e al Presidente del Municipio "richiesta di attuazione del Piano di Assistenza Individuale, in caso di alunni con particolari condizioni cliniche per le quali è opportuno prevedere specifici percorsi di pronto soccorso (ad es. informazione preventiva agli operatori del 118 e del triage)", richiedendo riscontro al Direttore sanitario e al Presidente del Municipio in merito all'attuazione del predetto Piano di Assistenza Individuale".
11. Qualora lo studente minorenni abbia raggiunto una parziale autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale segnalano la necessità che il personale scolastico o formativo effettui "vigilanza" o "affiancamento" al minore.
12. Qualora lo studente minorenni abbia raggiunto una completa autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale ne trasmettono apposita dichiarazione al dirigente scolastico.

Lo studente maggiorenne comunica al Dirigente scolastico l'auto-somministrazione del farmaco onde consentire la gestione di eventuali situazioni di emergenza (Allegato 4).
13. In caso di contestuale richiesta di conservazione farmaco a scuola, i genitori e l'autorità sanitaria pubblica certificheranno i requisiti del dispositivo per la conservazione (es. frigorifero, armadietto ecc.) onde provvedere all'acquisto. Qualora non risultasse possibile acquisire lo strumento in autonomia la segreteria invia la richiesta all'ente competente di fornire il dispositivo di conservazione secondo le specifiche riportate dai sanitari. Nel frattempo la scuola non potrà assumersi responsabilità, non essendo un ente sanitario, sulla conservazione del farmaco a scuola.

**RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti e
 in qualità di genitori – affidatari- tutori dello studente
 - frequentante la classe..... della scuola.....
 nell'anno scolastico....., affetto da.....
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione
 medica allegata, rilasciata in datadal Dott.....

CHIEDONO
 (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

Numeri utili	
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....)

N.B.
 La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALLO STUDENTE/STUDENTESSA

Cognome.....Nome.....

Nato il.....a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita ain Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:.....

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dello studente/studentessa ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di
farmaco salvavita (barrare la scelta):

Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dettagliata dell'evento che richiede la
somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Note.....
.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....istituzione scolastica o formativa.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e profilo professionale

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico/Formativo

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO

.....

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico/Formativo

3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)..... Firma (madre).....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

.....

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....
nato ail.....
residente ain via.....
tel.....
studente/studentessa che frequenta la classe sez
scuola
sita in Via.....Cap
Località Prov.....

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)
(barrare la scelta):

SI

NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data,



Istituto d'Istruzione Superiore Statale

PIAGET-DIAZ

**SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE - MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY - SERVIZI CULTURALI E DELLO SPETTACOLO**

TEL. 06121122585 - SITO WEB: WWW.PIAGETDIAZ.EDU.IT - CODICE MECCANOGRAFICO: RMIS03600V

C.F.: 97198880581 - IBAN: IT70H0306905020100000046234 - CODICE UNIVOCO: UFCPCA

P.E.C.: RMIS03600V@PEC.ISTRUZIONE.IT - P.E.O.: RMIS03600V@ISTRUZIONE.IT

Allegato 5

A tutto il Personale

VERIFICA DISPONIBILITA' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente uno studente affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione".

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

La persona incaricata della somministrazione del farmaco, si attiene alle indicazioni del medico curante per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso.

Il Personale disponibile alla somministrazione	
Nome e cognome	(firma):

Roma,

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lucia Gargiulo

Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art. 3 c. 2 dlgs 39/93



Istituto d'Istruzione Superiore Statale

PIAGET-DIAZ

**SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE - MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY - SERVIZI CULTURALI E DELLO SPETTACOLO**
TEL. 06121122585 - SITO WEB: WWW.PIAGETDIAZ.EDU.IT - CODICE MECCANOGRAFICO: RMIS03600V
C.F.: 97198880581 - IBAN: IT70H0306905020100000046234 - CODICE UNIVOCO: UFCPCA
P.E.C.: RMIS03600V@PEC.ISTRUZIONE.IT - P.E.O.: RMIS03600V@ISTRUZIONE.IT

Allegato 5 A

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: **AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DISPONIBILE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig.

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all'alunno/a

scuola classe sez.

il Dirigente Scolastico autorizza i sotto elencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l'alunno nell'auto-somministrazione, con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Roma,

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lucia Gargiulo
Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art. 3 c. 2 dlgs 39/93



Istituto d'Istruzione Superiore Statale

PIAGET-DIAZ

**SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE - MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY - SERVIZI CULTURALI E DELLO SPETTACOLO**
TEL. 06121122585 - SITO WEB: WWW.PIAGETDIAZ.EDU.IT - CODICE MECCANOGRAFICO: RMIS03600V
C.F.: 97198880581 - IBAN: IT70H0306905020100000046234 - CODICE UNIVOCO: UFCPCA
P.E.C.: RMIS03600V@PEC.ISTRUZIONE.IT - P.E.O.: RMIS03600V@ISTRUZIONE.IT

Allegato 7

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig.

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita
- assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a

scuola classe sez.

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Premesso che:

- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il farmaco 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)

Qualora dovesse presentarsi la situazione emergenziale che richiede la somministrazione del farmaco, 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.

Il personale presente provvede a chiamare o far chiamare il personale resosi disponibile alla somministrazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- il personale che ha dato l'allarme per i contatti telefonici:
 - chiama i genitori,
 - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- personale resosi disponibile per la somministrazione:
 - accudisce l'alunno/a
 - somministra il farmaco indicato dal medico curante con 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 l'alunno/a e chiama il collaboratore scolastico,
 - b) il collaboratore scolastico accorre, portando il farmaco all'insegnante, riunisce e porta gli alunni in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
 - c) l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco
 - d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.
- 2) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:**
- a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico e soccorre l'alunno/a
 - b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il farmaco all'insegnante, porta gli altri alunni in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
 - c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
 - d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.
- 3) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:**
- a) un'insegnante soccorre l'alunno
 - b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico, poi chiama il 118 e i genitori
 - c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce gli alunni e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
 - d) l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco.

(Luogo e Data) il

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Lucia Gargiulo

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art. 3 c. 2 dlgs 39/93



Istituto d'Istruzione Superiore Statale

PIAGET-DIAZ

**SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE - MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY - SERVIZI CULTURALI E DELLO SPETTACOLO**
TEL. 06121122585 - SITO WEB: WWW.PIAGETDIAZ.EDU.IT - CODICE MECCANOGRAFICO: RMIS03600V
C.F.: 97198880581 - IBAN: IT70H0306905020100000046234 - CODICE UNIVOCO: UFCPCA
P.E.C.: RMIS03600V@PEC.ISTRUZIONE.IT - P.E.O.: RMIS03600V@ISTRUZIONE.IT

Prot. _____ del _____

Spett.le ASL RM2
c.a. dott. Fabrizio Magarelli
dipartimento.prevenzione@pec.aslroma2.it

***Oggetto: invio documentazione per attivazione percorso assistenziale integrato a scuola e
richiesta formazione del Docente/personale Ata alla somministrazione del farmaco***

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno _____ della classe _____

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione per il personale docente/Ata

si chiede

intervento di formazione per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato, quindi di conoscerne le modalità organizzative a fine di informarne il personale interessato

Si allegano alla presente

- richiesta al dirigente scolastico di attivazione del protocollo sanitario da parte dei genitori (allegato 1)
- prescrizione del medico curante alla somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico (allegato 2)

Si prega di contattare la scuola all'indirizzo peo: rmis03600v@istruzione.it (sempre, anche quando si dovesse inviare comunicazioni via pec all'indirizzo rmis03600v@pec.istruzione.it, inserendo in cc l'indirizzo peo). Si prega di inserire in cc anche l'indirizzo del referente protocollo sanitario farmaci a scuola all'indirizzo farmaco@piagetdiaz.edu.it.

Recapiti telefonici: 06 1211 22585

Per urgenze contattare il Referente farmaci di Istituto al n. _____

In attesa di cortese urgente riscontro, cordialità.



Istituto d'Istruzione Superiore Statale

PIAGET-DIAZ

**SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE - MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY - SERVIZI CULTURALI E DELLO SPETTACOLO**

TEL. 06121122585 - SITO WEB: WWW.PIAGETDIAZ.EDU.IT - CODICE MECCANOGRAFICO: RMIS03600V

C.F.: 97198880581 - IBAN: IT70H0306905020100000046234 - CODICE UNIVOCO: UFCPCA

P.E.C.: RMIS03600V@PEC.ISTRUZIONE.IT - P.E.O.: RMIS03600V@ISTRUZIONE.IT

Prot. _____ del _____

Croce Rossa Italiana
Comitato Municipio V
roma5@cri.it
cl.roma5@pec.cri.it

Croce Rossa Italiana
Comitato Municipio VII
roma7@cri.it
cl.roma7@pec.cri.it

Per conoscenza

ASL RM2

Al Direttore Sanitario Asl RM 2
protocollo.prevenzione@pec.aslroma2.it
Al Presidente del V Municipio di Roma Capitale
presidenza.mun05@comune.roma.it
Al presidente del VII Municipio di Roma Capitale
presidenza.mun07@comune.roma.it

Oggetto: mancato riscontro disponibilità alla somministrazione del farmaco ad alunno della scuola e richiesta di intervento

Vista la richiesta dei genitori di un alunno per la somministrazione de farmaco _____ per un /più alunno/i della scuola _____ sede _____ in orario scolastico (orario scolastico: dal lunedì al venerdì, dalle ____ alle _____);

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta che prevedono somministrazione del farmaco per

Farmaco	n. alunni sede Via Taranto	n. alunni sede Via De Chirico	n. alunni sede via Diana	n. alunni sede Via Nobileiore
Salvavita				
Indispensabile				

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta che prevedono somministrazione del farmaco per indispensabilità della somministrazione in orario scolastico da parte di personale non sanitario.

Vista la richiesta di disponibilità alla somministrazione da parte del personale e preso atto dell'assenza di disponibilità espressa dal personale interno (docente – Ata) esterno (assistenti specialistici);

Ritenuto che pertanto non sussistano le condizioni per la somministrabilità del farmaco per l'alunno _____ classe _____

Nell'inviare la presente comunicazione ai destinatari in epigrafe e per conoscenza alla Asl e ai Municipi di competenza;

Tenuto conto che allo stato, la scrivente Istituzione Scolastica, rispetto al caso di specie, non possa garantire altro intervento oltre a quello della chiamata al 118 per l'invio di soccorsi sanitari ogni qualvolta si presenti la necessità

si chiede

alla spettabile Croce Rossa di proporre alla scrivente Istituzione Scolastica una soluzione alle rilevate criticità rivolte a consentire da una parte il diritto allo studio del minore e dall'altra la sicurezza sanitaria del caso, finalizzato alla somministrazione farmaci a scuola per l'alunno/a/i/e interessate.

Si prega di contattare la scuola all'indirizzo peo: rmis03600v@istruzione.it (sempre, anche quando si dovesse inviare comunicazioni via pec all'indirizzo rmis03600v@pec.istruzione.it, inserendo in cc l'indirizzo peo). Si prega di inserire in cc anche l'indirizzo del referente protocollo sanitario farmaci a scuola all'indirizzo farmaci@piagetdiaz.edu.it.

Recapiti telefonici: 06 1211 22585

Per urgenze contattare il Referente farmaci di Istituto al n. _____

Si resta in attesa di urgente riscontro.

Il Dirigente Scolastico
 Prof.ssa Lucia Gargiulo
 Firma autografa sostituita a mezzo
 stampa ex art. 3 c. 2 dlgs 39/93



Istituto d'Istruzione Superiore Statale

PIAGET-DIAZ

**SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE - MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY - SERVIZI CULTURALI E DELLO SPETTACOLO**

TEL. 06121122585 - SITO WEB: WWW.PIAGETDIAZ.EDU.IT - CODICE MECCANOGRFICO: RMIS03600V

C.F.: 97198880581 - IBAN: IT70H0306905020100000046234 - CODICE UNIVOCO: UFCPCA

P.E.C.: RMIS03600V@PEC.ISTRUZIONE.IT - P.E.O.: RMIS03600V@ISTRUZIONE.IT

Prot. _____ del _____

Spett.le ASL RM2

Al Direttore Sanitario Asl RM 2

protocollo.prevenzione@pec.aslroma2.it

Al Presidente del V Municipio di Roma Capitale

presidenza.mun05@comune.roma.it

Al presidente del del VII Municipio di Roma Capitale

presidenza.mun07@comune.roma.it

e p.c. gli esercenti la responsabilità genitoriale alunno/a

**Oggetto: mancato riscontro condizioni per la somministrabilità del farmaco alunno
_____. Sede _____ - richiesta programma d'intervento atto a
superare la
criticità**

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno _____ della classe _____ per
l'attivazione del protocollo somministrazione farmaco a scuola;

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Vista la richiesta di disponibilità alla somministrazione da parte del personale e preso atto
dell'assenza di disponibilità espressa;

Vista la richiesta inviata a Croce Rossa, _____ e a _____;

Visti i risultati dell'attività amministrativa finora svolta e ritenuto pertanto che allo stato non
sussistano le condizioni per la somministrabilità del farmaco per l'alunno _____
classe _____ ;

Nell'inviare la presente comunicazione ai destinatari in epigrafe e per conoscenza agli esercenti la responsabilità genitoriale

Tenuto conto che allo stato, la scrivente Istituzione Scolastica, rispetto al caso di specie, non possa garantire altro intervento oltre a quello della chiamata al 118 per l'invio di soccorsi sanitari ogni qualvolta si presenti la necessità

si chiede

alle Istituzioni in epigrafe di proporre alla scrivente Istituzione Scolastica una soluzione alle rilevate criticità rivolte a consentire da una parte il diritto allo studio del minore e dall'altra la sicurezza sanitaria del caso, finalizzato alla somministrazione farmaci a scuola per l'alunno/a in oggetto.

Si prega di contattare la scuola all'indirizzo peo: rmis03600v@istruzione.it (sempre, anche quando si dovesse inviare comunicazioni via pec all'indirizzo rmis03600v@pec.istruzione.it, inserendo in cc l'indirizzo peo). Si prega di inserire in cc anche l'indirizzo del referente protocollo sanitario farmaci a scuola all'indirizzo farmaco@piagetdiaz.edu.it.

Recapiti telefonici: 06 1211 22585

Per urgenze contattare il Referente farmaci di Istituto al n. _____

Si resta in attesa di urgente riscontro

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lucia Gargiulo

Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art. 3 c. 2 dlgs 39/93