



ISTITUTO COMPRENSIVO "A. MANZONI" CORRIDONIA

Piazza F. Corridoni n.2 - 62014 CORRIDONIA (MC)

C.F. 80010020438 - Cod. Mecc. MCIC812005

Tel. n.0733/431875 - Fax n.0733/435120

E-mail. MCIC812005@istruzione.it – PEC: mcic812005@pec.istruzione.it

ALLEGATO n. 6- PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

- **Premesso** che il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ed il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25 novembre 2005, con nota prot. 231, le "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico" con le quali sono stati regolamentati gli interventi finalizzati all'assistenza degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- **Visto** che la somministrazione di farmaci, in ambito scolastico, è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione di farmaci nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola;
- **Considerato** che la somministrazione di farmaci può essere programmata sia per la cura di particolari patologie croniche sia per la cura di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- **Stabilito** che a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando al somministratore non siano richieste né cognizioni specialistiche di tipo sanitario né esercizio di discrezionalità tecnica;
- **Valutato** che la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci (inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico) ha validità annuale e va rinnovata ad ogni inizio d'anno scolastico (anche in caso di proroga);

SI PREDISPONE

il seguente protocollo in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e Istituzione Scolastica.

Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche e/o terapie farmacologiche brevi.

Tali somministrazioni richiedono alcuni passaggi:

- a) Richiesta/Autorizzazione formale da parte della famiglia sottoscritta dal genitore o dal soggetto esercitante la patria potestà a fronte di una prescrizione medica, contenente in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:
 - nome e cognome dello studente;
 - nome commerciale del farmaco;
 - eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
 - dose da somministrare;
 - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - durata della terapia.
- b) Verifica del Dirigente Scolastico della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (Docenti e Collaboratori scolastici) possibilmente individuati tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 626/94.
- c) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Solo dopo questi tre passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento.

La richiesta/autorizzazione della famiglia e la prescrizione medica vanno presentate in Direzione. Dopo la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico il personale incaricato potrà procedere alla somministrazione dei farmaci.

Nel caso di alunni della scuola secondaria di 1° grado sarà possibile prevedere l'autosomministrazione, sempre però dopo la presentazione in Direzione della richiesta/autorizzazione della famiglia e la prescrizione medica di cui il Dirigente Scolastico prende atto.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

GESTIONE DELL'EMERGENZA

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere di portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118, avvertendo contemporaneamente la famiglia.

Si riportano in allegato:

- modello della prescrizione del medico curante (All.1);
- modello di disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci (All.2);
- richiesta della famiglia (All.3).

Allegato 1

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE O SPECIALISTA) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Il minore _____
nato a _____ il _____ e residente a _____, in via _____

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

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante

Allegato 2

Disponibilità del Personale Scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

Vista la richiesta della famiglia dell'alunno/a

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 | Indicare se docente o Ata | Firma per disponibilità |
|----------------|---------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Corridonia, _____

Il Dirigente scolastico in data _____ autorizza il personale in elenco alla somministrazione del farmaco indicato nella certificazione medica allegata.

Il Dirigente scolastico
Dott.ssa Daniela Smorlesi

Allegato 3

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla somministrazione farmaci in ambito scolastico.

I sottoscritti _____ e

genitori dell'alunno/a _____
frequentante nell'a.s. _____ la classe _____ sezione _____
nella Scuola _____

CHIEDONO

la possibilità di somministrare al/la minore la necessaria terapia farmacologia in orario scolastico, **come da prescrizione medica allegata.**

A tal fine, i sottoscritti dichiarano (*barrare la voce che interessa*):

- di somministrare personalmente al proprio figlio la necessaria terapia farmacologia in orario scolastico, previa autorizzazione ad accedere all'edificio scolastico;
- in quanto impossibilitati a recarsi a Scuola, di autorizzare il personale scolastico identificato dal Dirigente scolastico alla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore;
- di autorizzare il proprio figlio ad auto - somministrarsi la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta.

Inoltre acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

DESCRIZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA

Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Corridonia, _____

Firma dei Genitori

Note:

- La richiesta va consegnata al Dirigente scolastico, alla quale farà seguito l'eventuale autorizzazione.
- I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla Scuola per tutta la durata della terapia.

NUMERI DI TELEFONO UTILI

Alunno _____

Classe _____ sez. _____

| | Tel. fisso | Tel. cellulare |
|---|-------------------|-----------------------|
| Padre <i>(nome e cognome)</i> | | |
| Madre <i>(nome e cognome)</i> | | |
| Medico curante <i>(nome e cognome)</i> | | |
| Altri soggetti <i>(nome e cognome)</i> | | |