



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE FILIPPO - DE RUGGIERO"

Via Vittorio Veneto - 80031 - Brusciano (NA) – Tel./Fax: 081/8862604
E-mail: NAIC8EK00N@istruzione.it – Posta certificata: NAIC8EK00N@pec.istruzione.it
Sito web: <http://www.icdefilippoderuggiero.edu.it/> Cod. Fis.: 92044590633

Allegato C del Regolamento di Istituto

PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica.

Considerato che:

1. il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica formazione riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;
4. nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

Iter procedurale/Modulistica

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente Scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (**Allegato A**), prescrizione del medico curante per farmaci indispensabili/salvavita o prescrizione del medico curante per farmaci occasionali, che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità;
- indispensabilità della somministrazione in orario scolastico;

- la non discrezionalità da parte di chi somministra 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;¹
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile senza possibilità di equivoci e/o errori:

- ✓ nome cognome dell'alunno;
- ✓ patologia dell'alunno;
- ✓ nome commerciale del farmaco;
- ✓ descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- ✓ dose da somministrare;
- ✓ modalità di somministrazione del farmaco;
- ✓ i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli;
- ✓ modalità di conservazione del farmaco;
- ✓ durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente Scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- **Allegato B** se trattasi di farmaco salvavita
- **Allegato C** se trattasi di farmaco Indispensabile.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano di intervento gli insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- **Allegato D** verbale di consegna per farmaco indispensabile/salvavita.
- **Allegato E** Registro individuale somministrazione farmaci indispensabili / salvavita
- **Allegato F** Registro farmaci in custodia

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Il Dirigente scolastico
Prof. ssa Maria Marino

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2, D.L.vo 39/1993

¹ La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

Il minore (cognome) _____ (nome) _____

nato il _____ a _____ residente a _____

NECESSITA

della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione *(da parte del 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 MMG/PLS

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti genitori

di.....nato/aa.....

il..... residente a.....

in Via

frequentante la classe della Scuola

sita a..... in Via.....

plesso

essendo il minore affetto da patologia che richiede la somministrazione in ambito ed orario scolastico di farmaci,

CHIEDONO

che venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco a scuola come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario,

AUTORIZZANO

il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, alla somministrazione del farmaco

SOLLEVANO

la Scuola da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 101/2018.

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all'alunno/a frequentante la classe
plesso a seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione
dell'Istituto, dai Sigg. per
il/la figlio/a..... relativa alla somministrazione del
farmaco **salvavita**.

Il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato
PIANO DI AZIONE.

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

.....
.....

Il Dirigente scolastico

Prof. ssa Maria Marino

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2, D.L.vo 39/1993

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a frequentante la classe
plesso a seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione
dell'Istituto, dai Sigg.....
per il/la figlio/a
relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**.

Il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare all'alunno/a nella dose e nelle modalità indicate nella prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente
- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare ogni giorno alle ore all'alunno/a nella dose di come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (indicare il luogo della custodia):
.....
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:
.....

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità

Il Personale incaricato (firma)

.....
.....

Il Dirigente scolastico

Prof. ssa Maria Marino

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2, D.L.vo 39/1993

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA/INDISPENSABILE

In data alle ore la/il sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna a un flacone nuovo ed integro
del medicinale..... da somministrare al/alla bambino/a nella dose e nelle
modalità indicate nella certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente,
rilasciata in data dal dott.

(eventualmente indicare altre modalità / dose)

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, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- per mezzo del proprio figlio (alunno) consegna quotidianamente il farmaco da conservare in frigorifero e lo ritirerà al termine delle lezioni prima di andare a casa.

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

.....

Luogo e Data il

Il genitore

Il Personale

.....

.....

REGISTRO DEI FARMACI IN CUSTODIA

| FARMACO | SCADENZA | TIPO DI SOMMINISTRAZIONE | |
|---------|----------|--------------------------|---------|
| | | QUOTIDIANA | URGENZA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| SEDE DI CUSTODIA | LUOGO DI CUSTODIA |
|------------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |

- a) A ogni farmaco è allegata la prescrizione medica che indica dose e modalità di somministrazione.
- b) Al termine dell'anno scolastico il farmaco in custodia sarà restituito alle famiglie.

Il Dirigente scolastico
Prof. ssa Maria Marino

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
 ai sensi dell'art. 3, co. 2, D.L.vo 39/1993

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale

.....
da somministrare in caso di..... (indicare l'evento)
..... come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale 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)
Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto 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. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
 - chiama i genitori,
 - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
 - accudisce il bambino
 - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **docenti supplenti o supplenti del personale ATA** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dei docenti di plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

Il Dirigente scolastico

Prof. ssa Maria Marino

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2, D.L.vo 39/1993



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"DE FILIPPO - DE RUGGIERO"**

Via Vittorio Veneto - 80031 - Brusciano (NA) - Tel./Fax: 081/8862604
E-mail: NAIC8EK00N@istruzione.it - Posta certificata: NAIC8EK00N@pec.istruzione.it
Sito web: <http://www.icdefilippoderuggiero.edu.it/> Cod. Fis.: 92044590633

Spett. le ASL Napoli 3 Sud
Distr. di Marigliano
Distr. di Somma Vesuviana
pec: ds48@pecaslnapoli3sud.it
e-mail: ds48@aslnapoli3sud.it

Oggetto: Formazione del Docente/Collaboratore scolastico 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,

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, si porgono distinti saluti

Il Dirigente Scolastico