



*Istituto Magistrale ISS
"Carlo Levi"*

Liceo Classico - Linguistico - Scienze Umane



Via G.Falcone, 105 – 80016 MARANO DI NAPOLI Tel/Fax 081 7425342
e mail: napm43000v@istruzione.it; posta certificata napm43000v@pec.istruzione.it
www.liceocarlolevi.edu.it - Cod. fisc. 95215830639

**PROTOCOLLO
PER LA SOMMINISTRAZIONE
DEI FARMACI**

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Angela Rispo

PREMESSO CHE:

- Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato 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 lo studente/ssa 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).
- Il Consiglio di istituto in data ha adottato il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola;

SI DISPONE

IL SEGUENTE PROTOCOLLO IN CUI SI DECLINANO I COMPITI E LE RESPONSABILITA' 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) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Allegato 4); 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 duplice 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 (Allegato 3) 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. Indica che si tratti di farmaco salvavita, precisando dose, modalità e durata della terapia
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 che ha redatto l'autorizzazione e con la Famiglia al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti e definire un Piano Individuale di Intervento (Allegato 05): - o La patologia e le sue manifestazioni; - o La fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; - o La non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità; - o La presa d'atto della certificazione medica; - o Le eventuali modalità di spostamento dello studente/ssa dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza; - o Indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.

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

LA FAMIGLIA	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. (Allegato 04) I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco. I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dello studente/ssa con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere necessariamente in orario scolastico.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	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. Il Dirigente Scolastico individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.

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

LA FAMIGLIA	I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui: - o indicano nome e cognome dello studente/ssa - o precisano la patologia di cui soffre lo studente/ssa; - o comunicano il nome commerciale del farmaco; - o chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico; - o autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità; - o allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dello studente/ssa con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia); - o forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in duplice 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.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci: - o 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); - o individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco; - o garantisce la corretta conservazione del farmaco; - o prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.

Al Dirigente Scolastico

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

Il /La sottoscritto/ain qualità di

- ☐ Genitore
- ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale dello Studente/ssa

Cognome e Nome nato/a il.....e
frequentante nell'anno scolastico/.....la classe.....
.....dell'indirizzo.....

CHIEDE

Che sia somministrato il/i farmaco/i salvavita, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia.....

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante lo studente/ssa, alla somministrazione del/dei farmaco/i salvavita come indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità 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

Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci salvavita 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 salvavita indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità

Data

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

CERTIFICAZIONE MEDICA

Si certifica che

Il/la (Cognome) (Nome)

Nato/a.....a..... il.....e residente a

.....

Necessita

della somministrazione di farmaci salvavita 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 dell/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

Al Dirigente Scolastico

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

Il /La sottoscritto/ain qualità di

- ☐ Genitore
- ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dello studente/studentessa

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

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

la classesezione.....

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

Nel caso di impossibilità a recarsi personalmente

Delega

Il sig/La sig.....di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione 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

Il Dirigente Scolastico in dataautorizza il/la sig/ra

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

**Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Angela Rispo**

ALLEGATO 05

Piano Individuale di Intervento

Per l'Anno scolastico

Si dispone in base alla Certificazione medica rilasciata in datadal Dott.....

in possesso dell'Istituzione Scolastica un **Piano Individuale di Intervento** per lo

Studente/studentessa.....nato/a.....in data

.....

Frequentante la classe Indirizzo

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare il/i farmaci
salvavita secondo l'allegata autorizzazione medica:

.....
.....

Data

Firma dei genitori

Firma del Dirigente Scolastico