



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA



LICED CLASSICO
LICED SCIENTIFICO
ISTITUTO TECNICO CHIMICO

Codice Fiscale 93151730871 - Codice Meccanografico CT1502600N

E-mail ctis02600n@istruzione.it ctis02600n@pec.istruzione.it - Sito Istituzionale www.iismarchesimascalucia.edu.it

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

PREMESSA

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

ITER PROCEDURALE

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci salvavita durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente Scolastico **formale richiesta**, allegando **autorizzazione medica** dei servizi di Pediatria delle ASP, dei Pediatri di libera scelta e/o dei Medici di Medicina generale.

Le **AUTORIZZAZIONI MEDICHE** dovranno dichiarare:

1. nome e cognome dello studente;
2. stato di malattia dell'alunno;
3. nome commerciale del farmaco;
4. prescrizione specifica dei farmaci da assumere (specificando se trattasi di farmaco salvavita);
5. assoluta necessità;
6. somministrazione indispensabile in caso di emergenza;
7. descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
8. dose da somministrare;
9. modalità di somministrazione del farmaco;
10. possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli;
11. modalità di conservazione del farmaco;
12. durata della terapia;
13. 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 (le persone che somministrano il farmaco dovranno attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, le modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Lucia Maria SCIUTO



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA



LICEO CLASSICO
LICEO SCIENTIFICO
ISTITUTO TECNICO CHIMICO

Codice Fiscale 93151730871 - Codice Meccanografico CTIS02600N

E-mail ctis02600n@istruzione.it ctis02600n@pec.istruzione.it - Sito Istituzionale www.iismarchesimascalucia.edu.it

MODULISTICA DI RICHIESTA, DI DISPONIBILITÀ E DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE

- **ALLEGATO A:** Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (richiesta dei responsabili genitoriali)
- **ALLEGATO B:** Modulo di autorizzazione per la somministrazione dei farmaci (DS)
- **ALLEGATO C:** Dichiarazione di disponibilità/indisponibilità alla somministrazione del farmaco (personale scolastico)



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

LICEO CLASSICO
LICEO SCIENTIFICO
ISTITUTO TECNICO CHIMICO

Codice Fiscale 93151730871 - Codice Meccanografico CTIS02600N

E-mail: ctis02600n@istruzione.it ctis02600n@pec.istruzione.it - Sito Istituzionale www.ismarchesimascaliuca.edu.it

PIANO DI AZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO

(da affiggere nella classe)

Il genitore dell'alunno/a _____ ha consegnato al personale della scuola una confezione nuova e integra del medicinale _____ da somministrare in caso di CRISI EPILETTICA PROLUNGATA come da certificazione medica già consegnata in segreteria.

Il medicinale è conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione. Nel caso all'alunno/a _____ dovesse essere somministrato il suddetto farmaco, il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

- CONSERVARE LA CALMA
- AVVALERSI DI **UNA PERSONA** PER I CONTATTI:
 - allertare il Dirigente Scolastico e gli Addetti al Primo Soccorso
 - chiamare i genitori
 - informare il 118 e prendere nota delle indicazioni ricevute
- AVVALERSI DI **DUE PERSONE** PER:
 - accudire l'alunno/a
 - eventuale somministrazione del farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario

Nel caso l'emergenza si verificasse **al di fuori della classe** (atrio, corridoio, laboratori, biblioteca, aula sostegno, bagni) tutto il personale scolastico è tenuto a partecipare al piano di azione. Individuare:

- **UNA PERSONA** PER I CONTATTI:
 - allertare il Dirigente Scolastico e gli Addetti al Primo Soccorso
 - chiamare i genitori
 - informare il 118 e prendere nota delle indicazioni ricevute
- **DUE PERSONE** per:
 - accudire l'alunno
 - eventuale somministrazione del farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario
- **UNA PERSONA** PER:
 - allontanare e mettere in sicurezza gli altri alunni eventualmente presenti



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA



LICEO CLASSICO
LICEO SCIENTIFICO
ISTITUTO TECNICO CHIMICO

Codice Fiscale 93151730871 - Codice Meccanografico CTIS02600N

E-mail ctis02600n@istruzione.it ctis02600n@pec.istruzione.it - Sito Istituzionale www.ismarchesimascalucia.edu.it

SCHEDA DELL'ALUNNO/A INSERITO/A NEL PROTOCOLLO

NOME ALUNNO/A

CLASSE/SEZIONE

REPERIBILITA' TELEFONICHE DEI GENITORI/TUTORI/RESPONSABILI GENITORIALI O ALTRI (specificare)

.....
.....
.....

UBICAZIONE FARMACO

CHIAMARE IL 118 COMUNICANDO:

SONO (qualificarsi) DELL'ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "CONCETTO MARCHESI"

INDIRIZZO (indicare plesso)

L'alunno/a **affetto/a**

da **ha i seguenti**

sintomi

.....

(dare agli operatori del 118 più informazioni possibili)

Farmaco prescritto (tipo, dose, via di somministrazione)

.....

.....

COMPILAZIONE A CURA DELL'INSEGNANTE E CONSERVATO PRESSO IL COLLABORATORE AL PIANO



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA



LICEO CLASSICO
LICEO SCIENTIFICO
ISTITUTO TECNICO CHIMICO

Codice Fiscale 93151730871 - Codice Meccanografico CT1502600N

E-mail ctis02600n@istruzione.it ctis02600n@pec.istruzione.it - Sito Istituzionale www.ismarchesimascaliucia.edu.it

ALLEGATO A – RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (RICHIESTA DEI RESPONSABILI GENITORIALI)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....,

Genitore dello studente/essa classesez.....

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dall’Azienda Ospedaliera ...

CHIEDO

anche per conto dell’altro genitore

che a mio/a figlio/a / **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell’allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA



LICEO CLASSICO
LICEO SCIENTIFICO
ISTITUTO TECNICO CHIMICO

Codice Fiscale 93151730871 - Codice Meccanografico CTIS02600N

E-mail ctis02600n@istruzione.it ctis02600n@pec.istruzione.it - Sito Istituzionale www.ismarchesimascalucia.edu.it

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

__/__/__

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA



LICEO CLASSICO
LICEO SCIENTIFICO
ISTITUTO TECNICO CHIMICO

Codice Fiscale 93151730871 - Codice Meccanografico CT1502600N

E-mail ctis02600n@istruzione.it ctis02600n@pec.istruzione.it - Sito Istituzionale www.iismarchesimascaliu02600n.edu.it

ALLEGATO B- AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrare farmaco indispensabile dell'alunno/a, frequentante la classe.....sez....., plesso

A seguito della richiesta inoltrata al DS dell'I.I.S. "C. Marchesi" di Mascali dal sig.....per il/la figlio/a..... relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Data

Il Dirigente Scolastico

.....



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA



LICEO CLASSICO
LICEO SCIENTIFICO
ISTITUTO TECNICO CHIMICO

Codice Fiscale 93151730871 - Codice Meccanografico CTIS02600N

E-mail ctis02600n@istruzione.it ctis02600n@pec.istruzione.it - Sito Istituzionale www.ismarchesimascaliu.edu.it

ALLEGATO C – DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'/ INDISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO (personale scolastico)

Al Dirigente Scolastico

dell'I.I.S. "C. Marchesi" Mascali (CT)

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di docente/collaboratore (*cancellare quanto non serve*) in servizio presso l'Istituto di istruzione superiore "C. Marchesi" di Mascali (CT)

vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla somministrazione di farmaci all'alunno/a _____;

visto il certificato medico allegato alla citata richiesta;

vista la Nota Miur n. 2312 del 25 novembre 2005, Linee guida per la somministrazione dei farmaci;

in considerazione del fatto che il genitore solleva la scuola ed il personale dell'istituto da qualsiasi responsabilità;

DICHIARA

- di essere **DISPONIBILE/INDISPONIBILE** a prestare all'alunno/a citata l'assistenza richiesta esclusivamente nelle forme e nei modi indicati dal genitore stesso e dal medico curante;
- di somministrare il farmaco consegnato dalla famiglia come disposto dalle istruzioni del medico curante;
- di provvedere all'immediata segnalazione al 118 e ai familiari dell'eventuale malessere dell'alunno.

Mascali, _____

Firma _____