ISTITUTO COMPRENSIVO
BOSCO - MORO - FIORE
Via Millico, 13 - tel. 080 3516314 - 379 1208068
70038 TERLIZZI (BA)
Cod. Scuola: BAIC8AX005 - Cod. Fisc.: 93549010721
Email: baic8ax005@istruzione.it PEC: baic8ax005@pec.istruzione.it Sito WEB: www.icboscomorofioreterlizzi.edu.it

ALLEGATO N. 6 AL REGOLAMENTO DI ISTITUTO

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

PREMESSA

L'esistenza di questioni connessi 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;
- tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- la prestazione del soccorso viene supportata da specifica "formazione in situazione" riguardanti singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;
- nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

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

ASL, 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 occorra somministrare il farmaco,i tempi di somministrazione, la posologia, le modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso).

Il presente protocollo contiene, altresì, il **DISPOSITIVO DI INTERVENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO INCASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA**.

Sono da prevedere, infine, le situazioni in cui sono presenti **INSEGNANTI SUPPLENTI o SUPPLENTI DEL PERSONALE ATA** che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dagli insegnanti di classe/di plesso.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Clara Peruzzi



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** (istruzione del medico curante)
- **ALLEGATO B: Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologiecroniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (richiesta dei responsabili genitoriali)**
- **ALLEGATO C: Modulo di autorizzazione per la somministrazione dei farmaci indispensabili**
- **ALLEGATO D: Modulo di autorizzazione per la somministrazione farmaci salvavita**
- **ALLEGATO E: Dichiarazione di disponibilità/indisponibilità allasomministrazione del farmaco (personale scolastico)**

ISTITUTO COMPRENSIVO
BOSCO - MORO - FIORE
Via Millico, 13 - tel. 080 3516314 - 379 1208068
70038 TERLIZZI (BA)
Cod. Scuola: BAIC8AX005 - Cod. Fisc.: 93549010721
Email: baic8ax005@istruzione.it PEC: baic8ax005@pec.istruzione.it Sito WEB: www.icboscomorofioreterlizzi.edu.it

ALLEGATO A- RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/ farmaco salvavita (allegato al certificato medico)

ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO _____

Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dall'alunno):

_____

_____

Modalità e tempi di somministrazione, posologia:

- **La somministrazione dei farmaci <u>da parte del personale scolastico</u> non prevede specifica formazione sanitaria**
- **Necessità di somministrazione <u>da parte di persone esterne</u> alla scuola (genitori, personale medico, operatori specificatamente formati)**
- **<u>Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno</u>**

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

---

Istruzioni indirizzate al personale scolastico sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

Data:_____ Firma del medico curante

_____

ISTITUTO COMPRENSIVO
BOSCO - MORO - FIORE
Via Millico, 13 - tel. 080 3516314 - 379 1208068
70038 TERLIZZI (BA)
Cod. Scuola: BAIC8AX005 - Cod. Fisc.: 93549010721
Email: baic8ax005@istruzione.it PEC: baic8ax005@pec.istruzione.it Sito WEB: www.icboscomorofioreterlizzi.edu.it

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

I sottoscritti,_____, in qualità di genitori dell'alunno/a_____iscritto e frequentante nell'anno scolastico_____la classe_____della Scuola dell'Infanzia / della Scuola Primaria del SECONDO CIRCOLO DIDATTICO SAN GIOVANNI BOSCO di Terlizzi, essendo il/la minore affetta da_____e constatata l'assoluta necessità di effettuare una terapia

- ☐ Ordinaria
- ☐ In caso di emergenza

CHIEDONO

che venga applicato il piano terapeutico allegato (certificato medico e allegato A + istruzioni del medico curante).

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è

- ☐ Possibile **anche da parte di personale non sanitario,** di cui autorizza l'intervento, sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate
- ☐ Possibile in orario scolastico e pertanto i **genitori chiedono di poter accedere ai locali della scuola per la somministrazione del farmaco**
- ☐ Possibile in orario scolastico e pertanto chiedono di far accedere nei locali della scuola per la somministrazione del farmaco **l'operatore sanitario da loro individuato** _____

Si allega la certificazione Medica e l'Allegato A con le istruzioni rilasciate dal medico curante. Si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data:_____ i genitori/ responsabili genitoriali

_____

_____

NUMERI DI TELEFONO UTILI

_____

_____

_____