

ISTITUTO COMPRENSIVO "POSATORA - PIANO ARCHI"
Scuola Infanzia- Primaria – Secondaria 1° grado
Via Urbino, 22 - 60126 ANCONA Tel. 071 894992 – Fax 0712810464
C.F. 80013030426 e-mail: anic81800a@istruzione.it – anic81800a@pec.istruzione.it

PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA a.s. 2020-2021

Oggetto del presente protocollo sono le procedure finalizzate all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministro della salute, 25/11/2005: "*Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico.*"

QUANDO SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA

La somministrazione di farmaci deve avvenire **solamente** sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'ASUR e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori assieme alla certificazione rilasciata dai medici della Pediatria di Comunità dell'AUSR.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

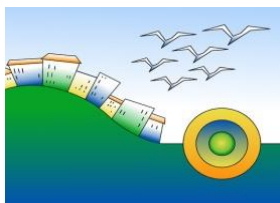
Modulo di Richiesta, utilizzato dai genitori (**Allegato 1**), rilasciato dal medico curante in base ai seguenti criteri,

- somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- 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;
- fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Modulo di Certificazione, rilasciato dai medici della Pediatria di Comunità dell'ASUR (**Allegato 2**).

ACQUISIZIONE E CONSERVAZIONE DEI FARMACI

La famiglia consegnerà al Dirigente Scolastico i farmaci prescritti in confezione integra, in corso di validità, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento avendo cura di sostituire/rifornire il farmaco al bisogno.



ISTITUTO COMPRENSIVO "POSATORA - PIANO ARCHI"
Scuola Infanzia- Primaria - Secondaria 1°grado
Via Urbino, 22 - 60126 ANCONA Tel. 071 894992 - Fax 0712810464
C.F. 80013030426 e-mail: anic81800a@istruzione.it - anic81800a@pec.istruzione.it

ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Il Dirigente Scolastico, acquisiti il Modulo di Richiesta e il Modulo di Certificazione:

- individua uno o più incaricati responsabili di somministrare i farmaci tra i docenti e il personale A.T.A. che abbiano offerto la propria disponibilità compilando il **Modulo di messa a disposizione (Allegato 3)**;
- concorda con la Pediatria di Comunità dell'ASUR eventuali necessità formative da attivare per il personale addetto alla somministrazione del farmaco;
- dispone affinché sia data esecuzione a quanto indicato nel modulo di certificazione;
- valuta la possibilità di stipulare accordi e convenzioni con altri soggetti istituzionali del territorio qualora le modalità di somministrazione non possano essere espletate dal personale scolastico;
- dà la relativa comunicazione ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno nel caso in cui anche tale soluzione non sia attuabile.

SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, etc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile.

In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco.

Il consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati dall'AUSR quando ciò è previsto dalla stessa e da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (**Allegati 1**).

Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto adeguatamente formato, sia per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione sia per intervenire in caso di eventuali situazioni di urgenza-emergenza.

GESTIONE DELL'EMERGENZA

I farmaci "salvavita" rientrano nella tipologia più generale dei farmaci per la cui somministrazione a scuola è necessaria la certificazione dell'ASUR.

Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza il personale somministratore, e comunque il personale scolastico presente, attiverà una **Chiamata di Soccorso al 118**.

INDICE ALLEGATI

Allegato 1 - Modulo di Richiesta

Allegato 2 - Modulo di Certificazione

MODULO DI RICHIESTA

per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico.

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo POSATORA PIANO-ARCHI Via Urbino 22
60126 Ancona.

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome)..... nato a
.....il..... residente a
.....in Via..... che frequenta la classe..... sez
della Scuola sita in Via
..... Cap Località
.....prov.

CHIEDO in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'ASUR (scrivere nome del farmaco).....personalmente o tramiteda me incaricato
(oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSR (scrivere nome del farmaco)..... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;
(oppure)

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSR (scrivere nome del farmaco).....consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

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, lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

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

In fede

Data _____

Firma⁽¹⁾ di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

(1)Genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/06), altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

..... (

Logo ASUR Servizio di ANCONA

MODULO DI CERTIFICAZIONE

Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo POSATORA PIANO-ARCHI ANIC81800A
Via Urbino, 22 60126 Ancona.

Constatata la assoluta necessita SI CERTIFICA

la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome

data e luogo di nascita.....

residente ain Via.....tel..... **A)**

Nome del farmaco

Durata della terapia: dalal

Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina.....dose...../ Pasto.....dose...../ Pomeriggio.....dose.....

Modalità di somministrazione

Note.....

Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di
farmaco salvavita (barrare la scelta): Sì No

Modalità di conservazione

..... Note

B) Nome del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

..... Modalità

di conservazione

..... Note

Data

Medico ASUR (Timbro e Firma)

