



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "NELSON MANDELA"
Infanzia, - Primaria - Secondaria di 1° grado
Via dei Torriani, 44 – 00164 Roma Tel. 0666000349
Cod. Mecc. RMIC8FW00E – C.F. 97712890587
rmic8fw00e@istruzione.it - rmic8fw00e@pec.istruzione.it
www.icnelsonmandela.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;
- 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 IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA.**

Sono da prevedere, infine, le situazioni in cui sono presenti **INSEGNANTI SUPPLEMENTI o SUPPLEMENTI 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
Dott.ssa Maria CANOSA
Firma autografata sostituita a mezzo stampa
ai sensi del D.Lgs 39/1993 art.3 c.25

MODULISTICA DI RICHIESTA, DI DISPONIBILITÀ E DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE

- **ALLEGATO 1:** Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (istruzione del medico curante)
- **ALLEGATO 2:** Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (richiesta dei responsabili genitoriali)
 - **ALLEGATO C:** Modulo di autorizzazione per la somministrazione dei farmaci indispensabili (DS)
 - **ALLEGATO D:** Modulo di autorizzazione per la somministrazione farmaci salvavita (DS)
 - **ALLEGATO E:** Dichiarazione di disponibilità/indisponibilità alla somministrazione del farmaco (personale scolastico)

DISPOSITIVO DI INTERVENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA

Si redige il presente protocollo d'intervento per i casi di alunni soggetti a crisi epilettiche, sia facenti parte del loro quadro diagnostico, sia se trattasi di casi sporadici, iscritti all'I.C. "Nelson Mandela".

Si fa riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sicurezza e di obblighi di primo intervento: la normativa prevede una pervasività delle responsabilità, trattandosi di obbligo di soccorso e di salva vita, pertanto tutti gli adulti presenti al momento dell'episodio epilettico, al di là del loro specifico ruolo e anche se assegnati ad altri gruppi classe, sono tenuti ad adoperarsi fattivamente nelle mansioni d'intervento per non intercorrere nell'omissione di soccorso. Il personale opererà tempestivamente in collaborazione simultanea e coordinata per lo svolgimento ottimale della procedura così come da indicazioni fornite di seguito (in osservanza delle Linee guida della Lega Italiana contro l'Epilessia e l'Istituto superiore di Sanità). **L'INTERVENTO PER IL PRIMO SOCCORSO SULL'ALUNNO/A HA LA PRECEDENZA SU TUTTE LE ALTRE MANSIONI/ATTIVITÀ CHE VERRANNO SOSPESSE PER DARE AUSILIO ATTIVO ALLA PROCEDURA DI SOCCORSO.**

DESTINATARI DELL'INTERVENTO:

- alunni con certificazione di epilessia e forme correlate e comorbili ad altre malattie,
- alunni in cui subentra attacco epilettico episodico (senza utilizzo del farmaco salva vita)

LUOGO DI CONSERVAZIONE DEI FARMACI:

Gli alunni certificati per l'epilessia hanno una documentazione medica per il farmaco. La scuola avrà a disposizione una dose del farmaco e l'occorrente per la somministrazione del medicinale

salva vita. Nelle aule sono affissi dei cartelli di segnalazione e spiegazione della procedura da divulgare al personale in servizio e ai docenti/collaboratori supplenti. Anche il presente dispositivo va esposto assieme alla procedura per la sicurezza antincendio/piano d'evacuazione all'interno dell'aula.

SINTOMI, PREVENZIONE E CONSTATAZIONE DELL'EMERGENZA:

- tremore del capo e degli arti superiori
- oscillazione convulsiva delle gambe (gamba/e tesa/e e rigida/e oppure movimento oscillatorio simile a scalciare)
- movimento dell'occhio con pupille rivolto verso l'alto
- rilassamento della zona della bocca
- irrigidimento del corpo (arti e dorso)

CRISI IN ATTO

- lasciare evolvere liberamente la crisi
- togliere, se presenti, gli occhiali
- mettere qualcosa di tenero sotto la testa (se non si ha nulla basta la mano tenuta sollevata da terra)
- la lingua non si ribalta mai; morderla è solo un caso
- non infilare nulla in bocca
- allontanare possibili fonti di pericolo: spigoli, vetri, elettricità...

- ruotare su un fianco per facilitare la respirazione facendo fuoriuscire la saliva in eccesso
- somministrare il farmaco se necessario secondo la prescrizione medica
- mettere in posizione di sicurezza l'alunno a crisi finita e lasciarlo riposare/dormire
- assecondare nella ripresa del contatto
- non forzare con domande o atti ma aspettare con pazienza che riprenda contatto con l'ambiente

Nelle classi degli alunni individuati sarà affisso il seguente

PIANO DI AZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA.

Una **SCHEDA RELATIVA AD OGNI ALUNNO COINVOLTO NEL PROTOCOLLO** sarà esposta presso la postazione del collaboratore scolastico in ogni piano. Tutto il personale coinvolto nell'emergenza, se avrà seguito le indicazioni del "protocollo sanitario", sarà in ogni caso esente da responsabilità di ordine penale o civile.

Roma, 23/06/2022

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Maria CANOSA
Firma autografata sostituita a mezzo stampa
ai sensi del D.Lgs 39/1993 art.3 c.25
ai sensi del D.Lgs 39/1993 art.3 c.25

**RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe..... della scuola.....
 frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....
 nell'anno scolastico....., affetto da.....
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in datadal Dott.....

CHIEDONO
 (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

Numeri utili	
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....))

N.B.
 La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita ain Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita
(barrare la scelta):

- Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

**ALLEGATO C - AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO
INDISPENSABILE**

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrare farmaco indispensabile dell'alunno/a

....., frequentante la classe, plesso

.....

A seguito della richiesta inoltrata presso la direzione dell'Istituto Comprensivo "N.Mandela" 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

.....

ALLEGATO D - AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrare farmaco SALVAVITA dell'alunno/a

....., frequentante la classe, plesso

.....

A seguito della richiesta inoltrata presso la direzione dell'Istituto Comprensivo "N.Mandela" dal
sig. 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.

Data

Il Dirigente Scolastico

.....

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

Al Dirigente Scolastico dell'IC "N.Mandela" di Roma

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di docente/collaboratore *(cancellare quanto non serve)* scuola dell'infanzia/scuola primaria/scuola secondaria in servizio presso l'Istituto Comprensivo N.Mandela al plesso _____

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.

Roma, _____ Firma _____