



ALLEGATO n.037a

ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE

“Gabriele D’Annunzio - Max Fabiani”

Sede legale: Via Italico Brass 22 – 34170 Gorizia

Tel. 0481-535190 – C.F. 80004090314 – Cod.Mecc.GOIS007005

e-mail: gois007005@istruzione.it - Posta certificata: gois007005@pec.istruzione.it - sito web: www.itas-dannunzio.it

Anno scolastico 2018/2019

PROTOCOLLO SANITARIO

Oggetto del presente protocollo sono le procedure finalizzate all’assistenza di studenti e studentesse che necessitano di interventi di assistenza e sostegno sanitario, di somministrazione di farmaci in orario scolastico, di supporto in caso di infortunio durante l’attività scolastica ed extrascolastica, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all’interno delle strutture educative e formative.

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.”*

Soggetti coinvolti:

- Dirigente Scolastico
- Personale scolastico: personale docente, educativo e ATA, assistenti specialistici
- Genitori (o chi esercita la responsabilità genitoriale) dell’alunno/a o studente/essa richiedenti la somministrazione del farmaco
- Studente/essa maggiorenne richiedente la somministrazione del farmaco
- Medico di base o medico specialista o Azienda Sanitaria Locale
- Enti locali

Azioni per definire i casi:

- acquisire l'informazione dalla famiglia, che promuove l'azione di mettere a conoscenza l'istituzione scolastica della situazione specifica, e ricevere agli atti la documentazione inerente il caso
- calendarizzare un incontro del Dirigente e del Consiglio di classe con la famiglia ed eventualmente con gli specialisti per prendere conoscenza del caso, ricevere opportune informazioni su base scientifica, acquisire consapevolezza della situazione individuale con opportuna verbalizzazione
- predisporre un protocollo di intervento individuale, di assistenza e sostegno, regolato sul caso singolo, a seconda si tratti di situazioni croniche soggette o meno al mutamento temporale o di situazioni temporanee
- informare tutti/e gli/le interessati/e delle procedure adottate e delle disposizioni relative al caso individuale.

PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Procedura di intervento

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni/studenti o da coloro che esercitano la responsabilità genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno/studente con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte del presente protocollo.

Il ricorso a questo protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno/studente:

- sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare 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 dello stesso);
- sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche.

La somministrazione di farmaci da parte del personale scolastico è possibile a condizione che:

- il personale scolastico si renda volontariamente disponibile;
- in via prioritaria, il personale scolastico abbia frequentato i corsi di formazione per Addetti al Primo soccorso e, qualora necessario, i corsi di formazione alla somministrazione di farmaci salvavita a cura delle ASL competenti;
- l'intervento non richieda specifiche cognizioni sanitarie o metta in campo discrezionalità

tecniche da parte del somministratore.

Il Dirigente Scolastico provvede a:

- organizzare momenti formativi per tutto il personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione dei farmaci messa in atto dall'Istituto in sinergia con la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato;
- richiedere alla famiglia dell'alunno/studente che necessita di somministrazione di farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (allegato 1 e 2);
- individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione di farmaci;
- autorizzare, se prevista e certificata, l'autosomministrazione del farmaco;
- concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno/studente, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere ai locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica);
- ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale quando si verificano episodi di emergenza;
- coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali ogni qualvolta risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni/studenti.

Il personale scolastico si impegna a:

- collaborare a un'efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni alunno/ studente;
- partecipare a corsi di formazione tenuti da personale specializzato;
- segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica contemplata dal presente protocollo;
- provvedere alla somministrazione del farmaco se individuato dal Dirigente Scolastico (allegato 5);
- ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

Le famiglie si impegnano a:

- segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico;
- fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco quando esso termina;
- informare tempestivamente di eventuali variazioni della terapia prescritta;
- consegnare all'Istituto la modulistica fornita compilata, sottoscritta e supportata dalle

certificazioni richieste.

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/la studente/essa 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/DELLE STUDENTI/ESSE

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati dall'ASS 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 e 2).

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 DELLE EMERGENZE

Resta prescritto il ricorso al Sistema sanitario Nazionale di Pronto Soccorso – 118 - nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE PROTOCOLLO

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Allegato 4

Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Allegato 6

Modulo di comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di studente / studentessa maggiorenne)

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'I.S.I.S. "D'ANNUNZIO FABIANI"
GORIZIA

Il sottoscritto _____, nato a _____ (____) il
_____, residente a _____ (____), indirizzo:

_____ nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci) e

la sottoscritta _____, nata a _____ (____), il
_____, residente a _____ (____), indirizzo:

_____ nella qualità di genitore (o chi ne fa le
veci)

dell'alunno/a, studente/studentessa _____ nato /a
a _____ il _____ e frequentante nell'anno scolastico 2018/19 la
classe _____ sez. _____ del _____

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente con la
certificazione medica allegata.

A tal fine

AUTORIZZA

☑ Il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

☑ Il minore stesso all'autosomministrazione del farmaco, sotto la vigilanza del personale della scuola, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Si allega:

☑ Certificazione sanitaria rilasciata dal medico di base o dalla ASL o da altra struttura sanitaria;

☑ Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario, relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante dott. _____ **cell.** _____

Genitori - madre _____ **- padre** _____

Gorizia, _____

Firma Genitori

Allegato 2

Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

L'alunno/a, lo studente/ la studentessa _____
nato/a il _____ residente a _____ e frequentante codesto
Istituto scolastico è affetto da:

Pertanto necessita della

somministrazione di farmaci in ambito scolastico

in caso di _____

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo (indicare se farmaco **salvavita**)

posologia e modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

descrizione dell'evento/sintomatologia che richiede la somministrazione del farmaco

modalità di conservazione del farmaco

durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno/a, studente/studentessa:

SI

NO

Luogo e data, _____

NOME e COGNOME del Medico _____

timbro e firma del medico _____

Recapito in caso di emergenza _____

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'I.S.I.S. "D'ANNUNZIO FABIANI"
GORIZIA

In data _____ alle ore _____ i sigg. _____
genitori dell'alunno/a, studente/studentessa _____
frequentante la classe _____ sez _____ del _____
consegnano nelle mani di _____
una confezione nuova ed integra del farmaco _____ da somministrare
all'alunno/a, studente/studentessa secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico
nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore:

autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso da ogni responsabilità
derivante dalla somministrazione del farmaco;
provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà
terminato;
comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Il Dirigente Scolastico (o suo delegato/a) _____

I genitori _____

Si allega:

copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante relativa alla
somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Gorizia, _____

Allegato 4
Disponibilità a somministrare i farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'I.S.I.S. "D'ANNUNZIO FABIANI"
GORIZIA

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione di farmaci agli alunni o agli studenti

Il/La sottoscritto/a _____ docente assistente amministrativo, tecnico,
collaboratore scolastico dell' I.S.I.S "D'ANNUNZIO - FABIANI"
_____, via/p.zza _____
considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a, studente/studentessa _____
della classe _____ sez. _____ della
scuola _____

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella
documentazione medica prodotta, ferma restando l'assenza di cognizioni specialistiche di tipo
sanitario.

Dichiara inoltre di aver frequentato i corsi di formazione per Addetti al Primo soccorso e i seguenti
corsi di formazione a cura delle ASS competenti, di cui fornisce in copia attestazione:

FIRMA

Luogo e data _____

Allegato 5

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione dei farmaci

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'Istituto,

dai Sigg. _____

per il/la figlio/a _____

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico, acquisitane la disponibilità, designa le seguenti persone:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente

prof./prof.ssa _____

prof./prof.ssa _____

Personale ATA

sig. /sig.ra _____

sig. /sig.ra _____

Luogo e data _____

Allegato 6

Modulo di comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di studente / studentessa maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico
dell'I.S.I.S. "D'ANNUNZIO FABIANI"
GORIZIA

Io sottoscritto/a.....
nato ail.....
..... residente ain
Via..... frequentante la classe
sez.....

COMUNICO

che in orario scolastico necessito di assumere il farmaco (nome del farmaco)
..... come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla ASS
(scrivere nome della struttura sanitaria).....

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):
Sì No

In fede

Luogo e data

Firma dell'interessato/a

.....