

**Scuola Secondaria di I Grado
"MERLIANOTANSILLO"**

**Via Seminario, 68 - 80035 - Nola (NA) - Tel. 0818231231 - Fax
0815120007**

**Distretto n. 30 – Cod. mec. NAMM622004 - C.F. 92018480639 –
E-mail: namm622004@istruzione.it ; pec: namm622004@pec.istruzione.it
web site : <http://www.merliano-tansillo.it>**

REGOLAMENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

VISTO il documento "Atto di Raccomandazioni del 25/11/2005 contenente le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico", predisposto dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della ricerca d'intesa con il Ministero della salute;

CONSIDERATA la necessità di regolamentare questo settore in modo da adottare prassi uniformi all'interno dell'Istituto;

PREMESSO CHE:

1. L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico è da tempo all'attenzione delle Istituzioni e delle Associazioni delle famiglie;
2. La presenza di tali situazioni richiama l'attenzione dell'Istituzione scolastica a tutelare la salute ed il benessere dell'alunno e pone la necessità urgente di predisporre un protocollo il più possibile condiviso tra le varie componenti scolastiche ed i soggetti coinvolti nella tutela della salute;

VALUTATO CHE:

1. L'intervento sugli alunni che esigono la somministrazione di farmaci si deve configurare 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;
2. Tale attività di intervento rientra in un protocollo terapeutico stabilito dai sanitari la cui omissione può causare danni alla persona;
3. La prestazione dell'intervento viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

Criteria adottati per autorizzare la somministrazione di farmaci in orario scolastico

Autorizzazione da parte dei Medici – Criteri

Art. 1

- I farmaci a scuola devono essere somministrati nei casi autorizzati dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di libera scelta e/o dai Medici di medicina generale, tramite documentazione recante la certificazione medica dello stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- L'autorizzazione viene rilasciata su richiesta dei genitori degli studenti che presentano ai medici la documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

1. L'assoluta necessità;
2. La somministrazione indispensabile in orario scolastico;
3. 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;
4. La fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre deve contenere in modo chiaro e leggibile:

1. Nome e cognome dello studente
2. Nome commerciale del farmaco;
3. Indicare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile.
4. Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione (nel caso di farmaci al bisogno e per i quali occorre una adeguata formazione del personale della scuola)
5. Dose da somministrare;
6. Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
7. Durata della terapia.

La famiglia consegnerà al Dirigente scolastico la richiesta (allegato 1 o 2), unitamente al modulo di autorizzazione rilasciata dai Servizi delle Aziende Sanitarie Medici di Medicina Generale o da medici di propria fiducia e ai farmaci prescritti in confezione integra da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento, dando il proprio consenso alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico.

TITOLO 1

Somministrazione di farmaci in orario scolastico a seguito di cure di durata prestabilita

Art. 2

Il Dirigente Scolastico, su richiesta della famiglia (allegato 1), autorizza l'accesso a scuola dei genitori per il tempo strettamente necessario alla somministrazione del farmaco. Il Dirigente scolastico, acquisita la richiesta della famiglia con allegato il modulo di autorizzazione rilasciato dai Medici secondo le indicazioni di cui all'art.1, valutata la fattibilità organizzativa,

- acquisisce la disponibilità del personale scolastico a somministrare il farmaco
- Se si ravvisa la necessità, organizza un incontro formativo con i genitori ed il personale scolastico tenuto dal medico che ha redatto l'autorizzazione secondo l'art. 1.

TITOLO 2

TITOLO 2

Somministrazione di farmaci al bisogno in orario scolastico in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie

Art. 3

Il Dirigente scolastico, acquisita la richiesta della famiglia (allegato 2) con allegato il modulo di autorizzazione rilasciato dai Medici secondo le indicazioni di cui all'art.1, valutata la fattibilità organizzativa,

- Acquisisce la disponibilità del personale scolastico a somministrare i farmaci (allegato 3);
- Organizza un incontro formativo con i genitori ed il personale scolastico tenuto dal medico che ha redatto l'autorizzazione secondo l'art. 1 per definire un Piano Individuale di Intervento (allegato 4);

TITOLO 3

Art. 4: Gestione dell'emergenza

Resta comunque prescritto il ricorso al SSN di Pronto Soccorso nei casi in cui non sia possibile applicare il Piano Individuale di intervento o che questo risulti inefficace.

Art. 5: Durata dell'autorizzazione del Medico e della Famiglia

L'autorizzazione del medico e della famiglia ha durata strettamente legata al periodo di trattamento indicata dal Medico o per un anno scolastico nel caso di interventi al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie.

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico a seguito di cure di durata prestabilita

Al Dirigente Scolastico

dell'.....

I sottoscritti

(padre)..... (madre), genitori dell'alunno/a
dell'alunno/a nato/a a
il residente a

.....
frequentante la classe..... della scuola

Chiedono

(barrare il riquadro di interesse)

L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.

La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.

La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo dell'istituto.

Data

Firma (padre)

..... Firma (madre)

.....

Modulo di richiesta per la somministrazione di farmaci al bisogno in orario scolastico in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie

Al Dirigente Scolastico dell'.....

I sottoscritti

(padre)..... (madre) genitori
dell'alunno/a nato/a a il
..... residente a..... in via
..... frequentante la classe..... della
scuola

Chiedono (barrare il riquadro di interesse)

La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.

La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo dell'istituto.

Data

Firma (padre)

Firma (madre)

Il Dirigente Scolastico vista la seguente richiesta autorizza/non autorizza per il seguente motivo:

Personale scolastico disponibile alla vigilanza o alla somministrazione del farmaco:

.....

Data

-

IL

IL

Dirigente

Dirigente

Scolastico

Scolastico

Modulo di disponibilità del personale scolastico alla vigilanza durante l'autosomministrazione o alla somministrazione della terapia farmacologia

I sottoscritti..... nel ruolo di
.....

Firma

..... nel ruolo di
.....

Firma

..... nel ruolo di
.....

Firma

..... nel ruolo di
.....

Firma

Si dichiarano disponibili alla vigilanza durante l'auto-somministrazione/alla
somministrazione della terapia farmacologica secondo la richiesta della famiglia
dell'alunno frequentante la classe
della scuola.....
con allegata l'autorizzazione del Medico curante.

Allegato 4

Piano Individuale di Intervento

Anno scolastico..... Data

Alunno nato..... il
..... frequentante la classe nella scuola.....

Alla presenza di:

Genitori

.....

Medico

.....

Personale scolastico.....

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare i farmaci secondo la
allegata autorizzazione medica

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

Modalità di Intervento Personalizzato:

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

Eventuali Note:

.....
.....

Firma Genitori

Firma Medico Curante

Firma personale scolastico

