



SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA



In riferimento al Protocollo d'intesa tra regione Lombardia e ufficio scolastico regionale per la Lombardia
per la somministrazione dei farmaci a scuola

(DELIBERA REGIONALE N° X / 6919 Seduta del 24/07/2017)

La somministrazione di farmaci a scuola è riferita alle seguenti situazioni

- 1) Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
- 2) Somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

La somministrazione di farmaci a scuola, oggetto del presente protocollo, è **riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità**, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute.

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere
di Emergenza/Urgenza è comunque
indispensabile comporre
il numero unico dell'emergenza 112.



Condizione necessaria alla somministrazione di farmaci a scuola è la presenza di:
ISTITUTO COMPRENSIVO DI GORLAGO

- Richiesta dei genitori
- Certificazione attestante lo stato di malattia dell'alunno
- Piano terapeutico redatto dal medico

-La richiesta deve essere presentata al Dirigente Scolastico ad ogni cambio di ciclo scolastico e anche in caso di trasferimento/passaggio ad altra Istituzione Scolastica.

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge diversi attori:

A) GENITORI o gli esercenti la potestà genitoriale;

B) STUDENTI

C) MEDICO

D) SCUOLA (Dirigente, docenti, ATA, personale amministrativo)

E) SOGGETTI SANITARI: Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata), Agenzie Territoriali della Salute (ATS), Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza (AREU)

A) GENITORI (o esercenti la potestà genitoriale)

- **Formulano la richiesta** al Dirigente Scolastico fornendo la certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico redatti dal Medico,
- **Forniscono disponibilità** e recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza
- **Segnalano tempestivamente** al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso
- Forniscono il farmaco** ed eventuali presidi, provvedendo al loro regolare approvvigionamento

Allegato A: **RICHIESTA DEI GENITORI** (o di chi esercita la potestà genitoriale)

Data

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo di Gorlago

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a.....

Della classe.....Scuola.....

residente a.....In via.....

Comune.....Prov..... Tel

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr e presentati in allegato alla presente richiesta.

- Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiarano:
 - Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie.
 - Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
 - Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
 - Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
- Autorizzano:
 - se del caso, l'auto -somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).
- Chiedono:
 - La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome..... tel.....

nome..... tel.....

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Firma

B) ALUNNI- STUDENTI

- Sono coinvolti in maniera appropriata rispetto ad età e competenze nella gestione della terapia e dei sintomi della malattia;
- Nelle condizioni previste si autosomministrano il farmaco;
- Comunicano tempestivamente eventuali criticità legate alla patologia e/o alla gestione della patologia

C) MEDICO

(medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata)

- certifica lo stato di malattia
- redige il Piano Terapeutico con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco.
- Fornisce eventuali informazioni e delucidazioni per l'applicazione del Piano Terapeutico.

Allegato B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che Nato a il residente in via.....Comune.....Prov..... Frequentante la classe della scuoladi..... È affetto /a dalla seguente patologiaper la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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.

Nome del farmaco.....forma farmaceutica.....

Dosaggio.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

Dose da somministrare.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Prescrizione ADRENALINA Sì No

Data

In fede

Firma e timbro del Medico

D) LA SCUOLA

Il Dirigente Scolastico, in esito alla verifica della sussistenza di tutti gli elementi di cui ai precedenti punti:

-Informa il Consiglio di Classe

- **Individua i Docenti, il personale ATA**, che si rendano volontariamente disponibili e recepisce la **eventuale disponibilità di altri soggetti volontari individuati e formalmente autorizzati dal Genitore.**

-**Verifica le condizioni ambientali** atte a garantire una corretta modalità alla **conservazione del farmaco;**

-**Garantisce la tutela della privacy;**

-**Comunica ai genitori l'avvio della procedura;**

trasmette alla ATS i riferimenti dei casi di somministrazione del farmaco, con indicata anche l'eventuale prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi.

-protocollo@pec.ats-bg.it

-In caso di richiesta di intervento per crisi anafilattica la scuola comunica all'operatore AREU che trattasi di un paziente per cui è attivo il "Protocollo Farmaci" affinché sia gestito tempestivamente l'evento

- si può avvalere della collaborazione di ATS/ASST in particolare richiedendo il supporto in caso di eventuali criticità relative alla attuazione del Piano Terapeutico (inadeguatezze dei locali, mancanza di disponibilità da parte di Docenti e Personale ATA, fabbisogni formativi del personale, etc.), la cui soluzione può prevedere anche il coinvolgimento di EELL, Associazioni di Pazienti, nonché eventuali altri soggetti della comunità locale a vario titolo competenti.