



Ministero dell'Istruzione,
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "NELSON MANDELA"
Scuola dell'infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di 1° grado
Via dei Torriani, 44 – 00164 Roma Tel. 0666000349 – Fax 0666040665
Codice meccanografico RMIC8FW00E - Codice fiscale 97712890587
E-mail RMIC8FW00E@istruzione.it PEC: RMIC8FW00E@pec.istruzione.it
sito web: 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 A: Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (istruzione del medico curante)**
- **ALLEGATO B: 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 scalfare)
- 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, 25/10/2022

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

PIANO DI AZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA
(da affiggere nella classe)

Il genitore dell'alunno/a _____ ha consegnato al personale della scuola una confezione nuova e integra del medicinale _____

da somministrare in caso di CRISI EPILETTICA PROLUNGATA come da certificazione medica già consegnata in segreteria.

Il medicinale è conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione. Nel caso all'alunno/a _____

dovesse essere somministrato il suddetto farmaco, il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

- CONSERVARE LA CALMA
- AVVALERSI DI **UNA PERSONA** PER I CONTATTI:
 - informare il 112 e prendere nota delle indicazioni ricevute
 - allertare il Dirigente Scolastico e gli Addetti al Primo Soccorso
 - chiamare i genitori
- AVVALERSI DI **TRE PERSONE** PER:
 - accudire l'alunno/a
 - eventuale somministrazione del farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario
 - accompagnare gli altri alunni in fila per uno (con aprifila e chiudifila) in altra aula individuata ed effettuare sorveglianza.

Nel caso l'emergenza si verificasse **al di fuori della classe** (atrio, corridoio, laboratori, biblioteca, aula sostegno, bagni) tutto il personale scolastico è tenuto a partecipare al piano di azione. Individuare:

- **UNA PERSONA** PER I CONTATTI:
 - Informare il 112 e prendere nota delle indicazioni ricevute
 - allertare il Dirigente Scolastico e gli Addetti al Primo Soccorso
 - chiamare i genitori
- **DUE PERSONE** per:
 - accudire l'alunno
 - eventuale somministrazione del farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario
- **UNA PERSONA** PER:
 - allontanare e mettere in sicurezza gli altri alunni eventualmente presenti in aula individuata ed effettuare sorveglianza.

SCHEDA DELL'ALUNNO/A INSERITO/A NEL PROTOCOLLO

NOME ALUNNO/A

CLASSE/SEZIONE

REPERIBILITA' TELEFONICHE DEI GENITORI/TUTORI/RESPONSABILI GENITORIALI O ALTRI (specificare)

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

UBICAZIONE FARMACO

.....

CHIAMARE IL 112 COMUNICANDO:

SONO (qualificarsi) **DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "N.Mandela"**

INDIRIZZO(indicare plesso)

L'alunno/a

affetto/a da **ha**

i seguenti sintomi

.....

(dare agli operatori del 112 più informazioni possibili)

Farmaco prescritto (tipo, dose, via di somministrazione)

.....

.....

COMPILAZIONE A CURA DELL'INSEGNANTE E CONSERVATO PRESSO IL COLLABORATORE AL PIANO

ALLEGATO A – RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (allegato al Certificato Medico)

ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:
Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):
Modalità e tempi di somministrazione, posologia:

- La somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico non prevede specifica formazione sanitaria**
- Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico, operatori specificatamente formati)**
- Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno**

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
Istruzioni indirizzate al personale scolastico sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

Data _____

Il Medico curante _____

ALLEGATO B – RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (RICHIESTA DEI RESPONSABILI GENITORIALI)

I sottoscritti, in qualità di genitori dell'alunno/a iscritto e frequentante nell'anno scolastico la classe della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria dell'Istituto Comprensivo "Donatello", essendo il minore affetto da e

constatata l'assoluta necessità di effettuare una terapia

- ordinaria
- in caso di emergenza

CHIEDONO

che venga applicato il piano terapeutico allegato (Certificato Medico e Allegato A - Istruzioni del medico curante).

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è

- possibile **anche da parte di personale non sanitario**, di cui autorizza l'intervento, sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate
- possibile in orario scolastico e pertanto i **genitori chiedono di poter accedere ai locali della scuola per la somministrazione del farmaco**
- possibile in orario scolastico e pertanto chiedono di far accedere nei locali della scuola per la somministrazione del farmaco **l'operatore sanitario da loro individuato**

.....

Si allega la Certificazione Medica e l'allegato A con le istruzioni rilasciate dal medico curante. Si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data.....

I genitori/responsabili genitoriali

.....
.....

NUMERI DI TELEFONO UTILI:

--

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 _____