Istituto Comprensivo Statale
"Rita Levi Montalcini"
Via ROMA, 47 30010 Campolongo Maggiore (VE)
Scuole Infanzia Primarie e Secondarie di I grado – COMUNI di CAMPOLONGO M. e CAMPAGNA L. (VE)
Tel: 0495848146 - Fax: 0499744126
Cod. Mecc.: VEIC80800A - C.F.: 82011520275 – CUF: UF5AM0
e-mail: veic80800a@istruzione.it - P.E.C.: veic80800a@pec.istruzione.it

Ai Docenti
Al personale ATA
Ai genitori degli alunni dell'I.C. "Rita Levi Montalcini"
Al DGSA
Al sito WEB/ATTI

OGGETTO: PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Premessa

L'esistenza di problematiche 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 ed al benessere all'interno della struttura scolastica.

Considerato che:

1. 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;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
4. nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

Iter procedurale/Modulistica

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo **(allegato 1)** corredata da autorizzazione medica che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici, tramite l'apposito modulo **(allegato 2)**, attenendosi ai criteri di:

- assoluta necessità;
- somministrazione indispensabile in orario scolastico

- 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;
- fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario; dovranno indicare indicato in modo chiaro e leggibile:
- nome cognome dell'alunno;
- patologia dell'alunno;
- nome commerciale del farmaco;
- dose da somministrare e modalità di somministrazione; □ modalità di conservazione del farmaco; □ durata della terapia.
- effetti collaterali
- indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche
- capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.

Auto-somministrazione:

Nei casi in cui l'alunno minore abbia raggiunto una parziale o totale autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, d'intesa con il medico e la famiglia, è possibile prevedere l'autosomministrazione.

- Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, dovrà evidenziare anche la capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico.

Procedura attuativa

Accettata la documentazione precedentemente elencata, il Dirigente scolastico:

- verifica la disponibilità del personale scolastico **(Allegato 4)** ad effettuare la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale e custoditi a scuola come richiesto dalla famiglia, previa opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia,
- invia la documentazione al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale, includendo le informazioni circa:
  - la presenza di un locale per l'effettuazione dell'intervento;
  - la destinazione di un locale e/o di appositi spazi idonei per la conservazione dei farmaci e delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente;
  - la presenza dell'attrezzatura necessaria (armadietto, frigorifero, ecc.) per la conservazione dei farmaci;
  - la richiesta di formazione in situazione del personale scolastico individuato.
- predispone l'autorizzazione **(Allegato 5)** con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da esempio (**Allegato 7)** specificando, se il caso, che il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.

Formazione in situazione

Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente scolastico o con il Responsabile della struttura formativa per la realizzazione della formazione in situazione, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un'apposita scheda (**Allegato 3).**

Registrazioni

Tutti gli interventi andranno annotati, su di un apposito "registro di somministrazione" **(Allegato 6)** istituito dal Dirigente Scolastico, a cura da parte del personale che ha effettuato la somministrazione o ha coadiuvato l'alunno all'auto-somministrazione

Integrazione tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza

Nell'applicazione del presente Protocollo, il trattamento dei dati personali e sensibili e tutte le azioni connesse alla somministrazione dei farmaci sono eseguiti nel rispetto della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti ..... e .....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....

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

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 data ..... dal 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, 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:
- ☐ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- ☐ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato .....,
Lotto ..... scadenza ..... e relativa 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,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. medico curante Dott. ..... tel. .....

NB:
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

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 a …… in Via ……

Affetto da ……

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐ **Salvavita** ☐ **Indispensabile**

Modalità di somministrazione: .....

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

Durata della terapia: ……

Modalità di conservazione: ……

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (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……

……

(Luogo e Data) ..... il .....

Timbro e Firma del Medico curante

…….

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno……

Frequentante la classe…….. istituzione scolastica ……

Nome e Cognome dell'operatore scolastico e profilo professionale

……

……

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

……

……

……

1. **SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

……

……

……

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico

..... ……

2. **ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO**

……

……

……

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico

..... ……

3. **CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

Data……

Firma Operatore Sanitario

……

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data…… Firma Operatore Scolastico

……

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno……, con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)…….. Firma (madre)…….....

(Luogo e Data) ..... il .....

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Stefania Francavilla
Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

VERIFICA DISPONIBILITA' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente un allievo affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.
Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione".

Il personale disponibile, fermo restando che secondo il parere della Procura della Repubblica di Treviso per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue. La persona incaricata della somministrazione del farmaco, che si attiene alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso, è sollevata da ogni responsabilità penale e civile derivante da tale intervento.

Il Personale disponibile alla somministrazione	
Nome e cognome	(firma):

(Luogo e Data) ..... il .....

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Stefania Francavilla
Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DISPONIBILE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(carta intestata dell'Istituto)

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaci:

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

dal/i Sig. .....

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- ☐ somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- ☐ assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all'alunno/a .....

scuola ..... classe ..... sez. .....

il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l'alunno nell'auto-somministrazione, con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.
La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso.

....

....

....

....

....

....

....

(Luogo e Data) ..... il .....

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Stefania Francavilla
Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

Allegato 7

REGISTRO SOMMINISTRAZIONE FARMACO

In ottemperanza alla procedura per la somministrazione di farmaco (salvavita o indispensabile) per l'alunno: …….. classe …… sezione …… sono stati eseguiti i seguenti interventi:

giorno	ora	Tipo intervento	dose	Firma leggibile

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA (esempio)

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

dal/i Sig. .....

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

☐ somministrazione di farmaco salvavita

☐ assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a .....

scuola ..... classe ..... sez. .....

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Premesso che:

- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.

- Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ..... (indicare il luogo dove sarà conservato) .....

Qualora dovesse presentarsi la situazione emergenziale che richiede la somministrazione del farmaco, il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. Il personale presente provvede a chiamare o far chiamare il personale resosi disponibile alla somministrazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- il personale che ha dato l'allarme per i contatti telefonici:
  - chiama i genitori,
  - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- personale resosi disponibile per la somministrazione:
  - accudisce il bambino
  - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

1) **orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:**
   a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
   b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
   c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
   d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

2) **orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno**:
   a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
   b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
   c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
   d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

3) **orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno**:
   a) un'insegnante soccorre il/la bambino/a
   b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
   c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
   d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

Per la segnalazione della situazione di emergenza al personale resosi disponibile alla somministrazione del farmaco verranno forniti, al personale che potrebbe trovarsi con il/la bambino/a, appositi fischietti per richiamare l'addetto alla somministrazione con il segnale convenuto di 2 squilli brevi.

(Luogo e Data) ..... il .....

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Stefania Francavilla
Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

NB:
Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dalle responsabili di plesso.