

**I.C. "P. PIO da PIETRELCINA - Q. O. FLACCO"**

Cod. Min. MTIC810001 - Via M. Polo snc - Tel. 0835 58.15.07 - Cod. Fisc. 90007100770

Cod. Univ. IPA: istsc\_mtic810001 - Cod. Univ. UFNMKM

E-mail: [mtic810001@istruzione.it](mailto:mtic810001@istruzione.it) - Pec: [mtic810001@pec.istruzione.it](mailto:mtic810001@pec.istruzione.it) - Sito web:[www.icpisticci.edu.it](http://www.icpisticci.edu.it)75015 **PISTICCI** (MT)**PROCEDURA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA****Riferimenti normativi**

- “Diritti del fanciullo” sottoscritta a New York il 20 novembre 1989, nella quale viene espressamente indicato che “gli stati parti adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica...”(art. 28 comma 1 lettera e);
- in data 25 novembre 2005 sono state sottoscritte dai Ministri della Salute e dell’Istruzione, Università e Ricerca le raccomandazioni in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico;
- tutti i cittadini sono obbligati dalle disposizioni vigenti ai doveri di primo soccorso;
- nelle scuole è presente, in attuazione dell’art. 18 del DL 81/2008, personale dirigente,
- docente, educativo ed A.T.A. adeguatamente formato ai sensi del DM 388 del 15.07.2003;
- Il “Documento strategico di intervento integrato per l’inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete in contesti scolastici, educativi e formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all’istruzione e alla migliore qualità di vita”, A.G.D. in collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero dell’Istruzione, Università e Ricerca, presentato in Senato il 7/11/2013

**Considerato che:**

- l’assistenza specifica agli alunni che esigono la somministrazione di farmaci generalmente 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 assistenza specifica rientra in un protocollo terapeutico stabilito dal Medico Curante (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) e/o dal Medico Specialista, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- l’assistenza specifica viene supportata da una specifica “*formazione in situazione*” riguardante le singole patologie, nell’ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza prevista dal Decreto Legislativo 81/2008 e dal D.M. 388/2003;

**SI PREDISPONE LA SEGUENTE PROCEDURA:****1. SPECIFICHE PATOLOGIE GIA’ RICONOSCIUTE**

La somministrazione di “*farmaci salvavita*” a scuola, secondo le modalità previste dal presente protocollo, riguarda i casi di “*crisi convulsive*”, “*asma bronchiale*”, “*shock anafilattico*”, “*diabete mellito di tipo 1*” e di tutte le altre patologie che necessitano di una continuità terapeutica salvavita.

**2. RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE****Il genitore o chi eserciti la patria potestà**

- farà richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico (**ALLEGATO I**);
- accompagnerà la richiesta di somministrazione con la presentazione di certificazione medica redatta dal medico o dalla specialista attestante lo stato di malattia dell’alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità, tempi di somministrazione, posologia);

- garantirà la loro disponibilità a confrontarsi con i soggetti coinvolti e la loro presenza in affiancamento al personale individuato dal dirigente scolastico, durante le fasi di formazione/addestramento del personale cui verrà affidato l'intervento;
- fornirà tempestivamente tutte le informazioni necessarie e utili alla gestione generale e quotidiana del minore, in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia (es. assenze del bambino dalla comunità, riduzione dell'orario scolastico/formativo, eventuali cambiamenti di residenza/domicilio/recapiti telefonici, oppure modifiche del piano terapeutico, etc.);
- fornirà il farmaco alla scuola tenendo conto della data di scadenza;
- fornirà al Dirigente Scolastico uno o più recapiti telefonici dove garantiscono la reperibilità per ogni evenienza ed eventualmente quello del medico prescrittore;
- assicurerà direttamente l'intervento nei casi di necessità (ad es. in assenza del personale cui è affidato l'intervento);
- autorizzerà il personale individuato dal Dirigente alla somministrazione del farmaco (**ALLEGATO 2**)

### 3. PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE

La **prescrizione/certificazione** del MMG, del PLS, dello specialista Ospedaliero deve specificare, in modo chiaramente leggibile e senza possibilità d'equivoci e/o errori:

1. il nome e cognome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci,
4. Il nome commerciale del farmaco,
5. le modalità di somministrazione del farmaco,
6. la dose da somministrare,
7. la modalità di *conservazione* del farmaco,
8. la durata della terapia,
9. gli eventuali effetti collaterali (**ALLEGATO 3**)

### 4. IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il **Dirigente Scolastico**, a fronte di richiesta/autorizzazione e di prescrizione/certificazione:

- valuterà la fattibilità organizzativa;
- autorizzerà l'accesso alla scuola nell'orario previsto per l'intervento al genitore/tutore o ai soggetti che agiscono su delega formale dei genitori stessi;
- individuerà, in primis fra il personale già nominato come addetto al Primo Soccorso (che è stato formato ai sensi del D.Lgs.81/08 e DM 388/2003), gli operatori scolastici disponibili (docenti, collaboratori Scolastici, personale educativo/assistenziale) a somministrare i farmaci, e ai quali deve essere garantita prioritariamente l'informazione e la formazione specifica; si fa in ogni caso riferimento alle raccomandazioni ministeriali citate in premessa;
- organizzerà momenti formativi per gli operatori scolastici disponibili, anche con il coinvolgimento del medico prescrittore e della famiglia e/o dello studente; la formazione è garantita dai medici dell'Azienda ASL territorialmente competente;
- autorizzerà la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico;
- si farà garante dell'organizzazione dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci, avvalendosi degli operatori scolastici opportunamente formati (se nel caso, coinvolgendo anche il medico prescrittore e la famiglia e/o studente);
- garantirà, vista la prescrizione/certificazione, d'intesa con la famiglia, la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso (armadietto, frigorifero rispondente ai requisiti di legge etc) e verificherà la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso;
- destinerà un locale e/o appositi spazi idonei per la conservazione dei farmaci, delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente (D.Lgs 196/2003);

- organizzerà le procedure operative (piano di Pronto Soccorso Aziendale) per la gestione dell'emergenza e l'informativa generale sulla patologia dell'alunno/a;
- costruirà, con tempestività, insieme all'ASL territorialmente competente, uno specifico "**Piano personalizzato d'intervento**", comprensivo dell'attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici (garantita dall'ASL territorialmente competente), che descrive i comportamenti da attuare in caso di sintomatologia acuta e non prevedibile;
- fornirà al genitore/tutore il "piano personalizzato d'intervento";
- inviterà espressamente, in occasione dei passaggi ad altre scuole, i genitori/tutore dello studente o lo studente se maggiorenne, ad informare il Dirigente Scolastico della scuola di destinazione e concorda la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto;
- parteciperà ai monitoraggi dell'USR, segnalando le necessità relative ad alunni che necessitano di interventi di cui al presente protocollo.

## 5. IL PERSONALE SCOLASTICO

**Il personale scolastico (*docente e ATA*) individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco e resosi disponibile:**

- partecipa alle attività d'informazione/formazione/aggiornamento;
- provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione e nel "piano personalizzato d'intervento";
- informa il DS e il RSPP su eventuali situazioni critiche verificatesi durante la somministrazione del farmaco.

Il personale scolastico non disponibile all'effettuazione dell'intervento specifico è comunque tenuto in relazione al proprio ruolo nell'inserimento scolastico dell'alunno (docente di classe, di plesso, di laboratorio, ecc.) o nella gestione delle emergenze (addetto primo soccorso) ad acquisire le informazioni utili a garantire la necessaria vigilanza sul benessere dell'alunno.

## 6. L'AZIENDA ASL

- organizza la gestione dei casi attraverso incontri che coinvolgono le parti interessate (familiari, operatori scolastici, ...) dopo la segnalazione del Dirigente scolastico o dell'USR
- esprime pareri su richiesta del Dirigente Scolastico sui casi,
- si rende disponibile a organizzare/partecipare a incontri di formazione degli operatori scolastici
- sulle specifiche patologie presenti fra gli alunni,
- fornisce il necessario supporto nella redazione del "piano personalizzato d'intervento",
- partecipa all'aggiornamento periodico del "piano personalizzato d'intervento".

## 7. AUTO SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI

L'auto somministrazione del farmaco, è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Anche in questo caso il genitore darà comunicazione al Dirigente Scolastico anche in merito al farmaco usato alle modalità di conservazione e alla scadenza (in caso in cui la scuola lo conservi per l'alunno **ALLEGATO 4**)

## 8. Gestione dell'emergenza

Resta prescritto il ricorso al Servizio Territoriale di Emergenza (118) nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Maria DI BELLO

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.  
Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa  
con

**Allegato 1: "RICHIESTA DEL GENITORE/TUTORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO "**

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE MINORENNI**

(da compilare a cura dei genitori/tutore dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
genitore/i -tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ vista la specifica patologia dell'alunno \_\_\_\_\_

preso atto del protocollo esistente tra \_\_\_\_\_, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data \_\_\_\_\_ constatata l'assoluta necessità

**chiede/ono**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI  NO

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal \_\_\_\_\_

· Consegna farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_  
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco - es. custodito nello zaino)

Data \_\_\_\_\_

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_

Genitori/tutore: Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso

Allegato 2: "AUTORIZZAZIONE"

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE MINORENNI**

Al Dirigente Scolastico

.....

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
In qualità di genitore/i -tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_  
Tel. cellulare \_\_\_\_\_ Tel. di \_\_\_\_\_  
la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_  
Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_ Tel. di \_\_\_\_\_  
Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola,  
consegnato alla famiglia in data \_\_\_\_\_

**Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Allegato 3: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA\_"

**Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa**

Vista la richiesta dei genitori/tutore e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario di somministrazione/dose: Prima dose \_\_\_\_\_ Seconda dose \_\_\_\_\_

Terza dose \_\_\_\_\_

Durata Terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza (es. *shock anafilattico*):

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Eventuali note:

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

## Allegato 4: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

### RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

Comunico

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario di somministrazione/dose \_\_\_\_\_

Periodo di somministrazione \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

#### Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data \_\_\_\_\_

firma del genitore/tutore

firma del Dirigente scolastico

#### Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.