



Ministero dell'Istruzione e del Merito



ISTITUTO COMPRENSIVO di LONGI

Comuni di Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Mirto e San Salvatore di Fitalia
Via Vittorio Veneto 98070 – LONGI (ME) – Tel. 0941/485153

CODICE MECCANOGRAFICO: MEIC847009 – AMBITO TERRITORIALE: SIC0016
CODICE FISCALE: 84004830836 – CODICE UNIVOCO UFFICIO: UFX2P2

PEO: meic847009@istruzione.it –

PEC: meic847009@pec.istruzione.it

Sito web: www.comprensivolongi.edu.it

PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA: NORMATIVA, DOCUMENTI, PROCEDURE.

In riferimento alle problematiche relative alla possibilità di somministrare farmaci agli allievi durante l'attività didattica e loro permanenza a scuola, va ribadito che l'auto assunzione e la somministrazione di farmaci agli allievi in custodia al personale scolastico è, di norma, vietata.

Tuttavia, oggetto del presente protocollo sono le procedure finalizzate all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI – Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministro della salute, 25/11/2005: “Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico.”

QUANDO SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA: la somministrazione di farmaci deve avvenire solamente sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'ASL e **non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario**, né l'esercizio di discrezionalità tecnica. La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori, o dallo studente se maggiorenne, assieme alla certificazione rilasciata dal medico curante.

Procedura di intervento: La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo.

Il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno:

- ☐ Sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e **non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare 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)
- ☐ Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non

richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.

Il Dirigente scolastico si impegna a:

- ☐ Organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato;
- ☐ Fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo protocollo;
- ☐ Richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (allegato 1 e 2);
- ☐ Individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- ☐ Autorizzare, se prevista e certificata, l'autosomministrazione del farmaco;
- ☐ Concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica);
- ☐ **Verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci.** Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed ATA, **in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso** (ai sensi del D. L. 81/08 e D.M. 388/03) (allegato 4);

☐ Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza;

☐ Coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali ogniqualvolta risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni;

Il personale scolastico si impegna a:

☐ **Collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo**, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente;

☐ Partecipare a momenti di formazione congiunta con personale specializzato;

☐ Segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata;

☐ **Provvedere alla somministrazione del farmaco;**

☐ Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

Le famiglie si impegnano a:

☐ **Segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione**, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico;

☐ Consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna. (allegato 3);

☐ Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisce;

☐ Informare tempestivamente di eventuali variazioni nella terapia prescritta;

☐ Consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste;

Gestione delle emergenze: Resta prescritto il ricorso al Sistema sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, etc.) **la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile. In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare** (o persona con delega scritta) **che assicuri la somministrazione del farmaco.** Il consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati quando ciò è previsto dalla stessa e da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (Allegati 1 e 2). Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione.

Fanno parte integrante del presente Protocollo:

- **Allegato 1 – Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci**

in orario scolastico.

- **Allegato 2 – Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.**
- **Allegato 3 – Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico.**
- **Allegato 4 – Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.**
- **Allegato 5 – Disponibilità a somministrare i farmaci.**

ALLEGATO 1
Autorizzazione alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.C.di Longi (ME)**

Il sottoscritto , nato a.....(.....),
il, residente a.....),indirizzo.....
in qualità di genitore (o chi ne fa le veci) e La sottoscritta
nata a.....(.....), il....., residente.....
(.....),indirizzo.....
in qualità di genitore (o di chi ne fa le veci) dell'alunno/a nato a.....
il.....e frequentante nell'anno scolastico 20.../..... la classe..... della sede
di

CHIEDE/CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

- ☐ **Il personale** dell'Istituto in servizio (docente, non docente, sociosanitario) alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2,
- ☐ **Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

ESONERANO

il personale coinvolto da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

SI IMPEGNANO

a dare comunicazione scritta se si renderanno necessarie modifiche alla prescrizione

Si allega:

- ☐ **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- ☐ **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n. 5336/ del 2-9-2015: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

.....

....., / /

Firma.....

ALLEGATO 2
Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione
di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. di Longi (ME)

Il sottoscritto medico curante dell'allievo.....,
nato a, il, residente a e frequentante codesto Istituto
scolastico è affetto da:

.....
Pertanto:

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per

☐ Patologia cronica

☐ Patologia acuta

In caso di

.....
.....

CONSEQUENTEMENTE È PREVISTA

☐ l'autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno SÌ ☐ NO ☐

☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico

☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze
sanitarie

☐ la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto sanitario (situazioni complesse)

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....
.....

- Modalità di somministrazione (orari, posologia, modalità e tempi di somministrazione)

.....
.....

- Modalità di conservazione del farmaco

.....

- È prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero: SÌ ☐ NO ☐

- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione ma al massimo un anno scolastico)

.....

- Diagnosi e stato di malattia

.....

- Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita": (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

.....

gli eventuali effetti collaterali.....

l'eventuale necessità di chiamata del 118.....

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico e sociosanitario, presente al momento dell'urgenza, può somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria e che eventuali modifiche nella prescrizione, che dovessero rendersi necessarie in corso d'anno, verranno dichiarate per iscritto

Data,

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza.....

Gentile Dottore/Dottoressa, Desideriamo informarLa che i dati contenuti nella presente certificazione saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

ALLEGATO 3

Verbale di consegna di farmaci salvavita o indispensabili da somministrare orario scolastico

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.C Longi (ME)**

In data alle ore la/il sig..... genitore
dell'alunno/a..... frequentante la classe
..... della sede di..... consegna a.....una
confezione nuova ed integra del farmaco..... da somministrare all'alunno/a secondo le
modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui
allegata.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:.....

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori

*

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

**Si allega: copia dell'Allegato 2 Attestazione del medico curante relativa alla
somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

.....Li,

ALLEGATO 4
Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. di Longi (ME)**

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell' I.C. di Longi dal

Sig.....

per il/la figlio a

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le
seguenti persone:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

.....,

IL Dirigente Scolastico

ALLEGATO 5
Disponibilità a somministrare i farmaci

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. di Longi (ME)**

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... docente / personale ATA dell' I.C dell'
I.C di Longi presso la sede di....., considerata la richiesta dei
genitori dell'alunnodella classe
dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella
documentazione medica prodotta.

.....,

FIRMA