# ISTITUTO COMPRENSIVO
## ISOLA G.S. – COLLEDARA (TE)

**Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado**
**Tel. 0861/976191**
**- email: teic81900x@istruzione.it - teic81900x@pec.istruzione.it - Sito Web: www.icisoladelgransasso.edu.it**




## 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 il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o la dove 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 (all. A) 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 dovranno dichiarare:**

**stato di malattia dell'alunno;**

**prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;**
**l'assoluta necessità;**
**la somministrazione indispensabile in orario scolastico;**

**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;[1]**

**la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;**

**Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:**

**nome cognome dello studente;**
**nome commerciale del farmaco;**
**descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;**
**dose da somministrare;**
**modalità di somministrazione del farmaco;**
**i possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli;**
**modalità di conservazione del farmaco;**
**durata della terapia.**

**Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico accertata la disponibilità del personale (all. B), predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:**

**all. B/1 se trattasi di farmaco salvavita**
**all. C/1 se trattasi di farmaco indispensabile.**

**Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano di somministrazione le insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come dai moduli allegati:**

**all. B/2 verbale per farmaco salvavita**
**all. C/2 verbale farmaco indispensabile**

**Per i casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.**

**Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola anche la dicitura che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola".**

**La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico (all. D).**

**Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola, anche in questi documenti andrà specificato che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola".**

**La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.**

**Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.**

---

**[1] - La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso**

**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**
**(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)**

**I sottoscritti ..... .....**

**genitori di ..... nato a ..... il .....**

**residente a ..... in via .....**

**frequentante la classe ..... della Scuola .....**

**sita a ..... in Via .....**

**Essendo il minore effetto da..... e constatata l'assoluta necessità,**

**chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione**

**medica rilasciata in data ..... dal dott. ….....**

**Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

**Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)**

**Luogo e Data ..... il .....**

**Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà**

**.....**

**.....**

**Numeri di telefono utili:**

**Pediatra di libera scelta/medico curante .....**

**Genitori ..... .....**

**Allegato B**

**VERIFICA DISPONIBILITA' 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 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.**

**Il Personale disponibile alla somministrazione**

| Nome e cognome | (firma): |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

.

**Il Dirigente Scolastico**

**Allegato C**

**VERIFICA DISPONIBILITA' PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILE**

**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 farmaco indispensabile, 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 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.**

**Il Personale disponibile alla somministrazione**

| Nome e cognome | (firma): |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

.

**Il Dirigente Scolastico**

**Allegato B/1**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

**Al Personale Docente**
**Al Personale ATA**

**Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita**

**all'alunno/a ..... frequentante la classe .....**

**scuola .....**

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

**dal/i 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.** [1]
**Luogo e Data ..... il .....**

**Per pressa visione e conferma della disponibilità:**

| **Personale Docente:** | **Personale ATA:** |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

[1] **Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.**

**Allegato C/1**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

**Al Personale Docente**
**Al Personale ATA**

**Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile**

**all'alunno/a ..... frequentante la classe .....**

**scuola .....**

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

**dal/i Sig. .....**

**per il/la figlio/a .....**

**relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:**

**Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore ..... all'alunno/a nella dose di**
**.....**
**..... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.**
**Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato[1].**
**Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione[2]:**

**Il medicinale sarà somministrato all' alunno da[3]:**

**.....**

**.....**

**.....**

**.....**

**Luogo e Data ..... il .....**

**Per presa visione e conferma della disponibilità:**

| **Il Personale incaricato (firma):** |
|---|
| |
| |
| |
| |

**[1]2. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto**

**[3]. Indicare il nominativo del personal e incaricato e le eventuali sostituzioni**

**Allegato B/2**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

**In data ..... alle ore ..... la/il sig. ….....**

**genitore dell'alunno/a .....**

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

**consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale**

**.....**

**da somministrare al/alla bambino/a in caso di[1] …..... nella dose..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e**

**in copia allegata alla presente, rilasciata in data …..... dal dott. .....**

**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, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.**

**La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:**

**..... .....**

**Luogo e Data ..... il .....**

**Il genitore** **I docenti**

**..... .....**

**1 Indicare l'evento**

**Allegato C/2**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

**In data ..... alle ore ..... la/il sig. ….....**

**genitore dell'alunno/a .....**

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

**consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....**

**da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ….... nella dose .....**

**come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata**

**in data …..... dal dott. .....**

**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, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.**

**La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:**

**.....** **.....**

**Luogo e Data ..... il .....**

**Il genitore** **I docenti**

_____ _____

**Allegato D**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)**

**I sottoscritti .....**

**genitori di ..... nato a ..... il .....**

**residente a ..... in via .....**

**frequentante la classe ..... della Scuola .....**

**sita a ..... in Via .....**

**Essendo il minore effetto da..... e constatata l'assoluta necessità,**

**chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data..... dal dott. …..**

**Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

**Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)**

**Luogo e Data ..... il .....**

**Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà**

**.....**

**.....**

**Numeri di telefono utili:**

**Pediatra di libera scelta/medico curante .....**

**Genitori ..... .....**

**PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA (esempio)**

**Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale**
**.....**
**da somministrare in caso di..... (indicare l'evento)**
**.....**
**come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.**
**Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).**

**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) ..... Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto 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.**
È **estremamente utile potersi avvalere di due persone:**
- **una persona per i contatti telefonici:**
  - **chiama i genitori,**
  - **informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.**
- **una persona 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.**

**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 insegnanti di plesso.**
**Per la segnalazione della situazione di emergenza verranno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.**

**Il Dirigente Scolastico**