

FUTURA



Italiadomani
INNOVAZIONE E QUALITÀ



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

**LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**



*Ministero dell'Istruzione
e del Merito*

Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Villa Cortese
Via Olcella 24 – 20035 Villa Cortese (MI)
CF 92034300159 COD. MECC. MIIC8DK00T
Tel.: 0331/431069 - miic8dk00t@istruzione.it

REGOLAMENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

1. PREMESSA

La somministrazione dei farmaci nell'istituto fa riferimento:

- ✓ alle Linee guida emanate dai Ministeri dell'istruzione e della Sanità con nota n 2312 del 25/11/2005
- ✓ alle modalità indicate nel Protocollo D'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia (deliberato nella giunta regionale DGR n 6919 del 24/07/2017)
- ✓ Al modello organizzativo di Protocollo d'Intesa per la somministrazione di farmaci a scuola (in vigore da maggio 2018 e deliberato ATS Milano n 383 del 17/04/2021)

La somministrazione di farmaci a scuola è riservata a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche e/o acute pregiudizievoli della salute, riferita alle seguenti situazioni:

1. **continuità terapeutica** (per esempio: epilessia, diabete tipo 1, malattie rare, altre patologie)
2. **emergenza** (per esempio: allergie, crisi d'asma, ipoglicemia, convulsioni). La situazione d'emergenza è intesa come manifestazione acuta correlata a una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

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. la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga).

2. ITER PROCEDURALE

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) che autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante, sollevando la Scuola da ogni responsabilità derivanti dalla somministrazione sul minore; la richiesta va 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 dovranno dichiarare:

- 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;

Inoltre nel piano terapeutico (allegato 2 o simili) dovranno indicare in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dell'alunno;
- descrizioni dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- nome commerciale del farmaco;
- dose da somministrare e modalità di somministrazione;
- modalità di conservazione del farmaco;
- eventuale durata
- 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.

3.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'auto-somministrazione.

- 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.

4. 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 (allegato 6), 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
- predisporre l'autorizzazione (Allegato 5) con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco (Allegato 8) specificando, se il caso, che il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.

5. Formazione in situazione

L'ATS di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente scolastico per la realizzazione della formazione in situazione per specifiche patologie, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un'apposita scheda (Allegato 3).

6. Registrazioni

Tutti gli interventi andranno annotati, su di un apposito "registro di somministrazione" (Allegato 7) istituito dal Dirigente Scolastico, a cura da parte del personale che ha effettuato la somministrazione o ha coadiuvato l'alunno all'auto-somministrazione

7. 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.

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

I sottoscritti _____ -
genitori/tutori dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data _____/_____/_____/

sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico

Nel caso di firma di un solo genitore compilare sotto:

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/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Data _____

Firma dei genitori _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza. Acconsento inoltre a trasmettere la richiesta pervenuta, nei casi previsti, alla ASST competente per Territorio e, per conoscenza ad AST, come previsto dal Protocollo d'intesa del 07/05/2018 n.0001504.

Firma dei genitori _____

Numeri di telefono utili:

Tel.genitori/tutori : Tel cell

Tel. genitori/tutori: Tel cell

Tel. medico prescrittore Dr. tel.

La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata. Ha validità corrispondente alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa. In caso di cambio di istituto deve essere ripresentata. I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico. Eventuali variazioni nel piano terapeutico vanno certificate e comunicate **tempestivamente**

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Villa Cortese**

RICHIESTA DI ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO

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

.....

Nel caso di firma di un solo genitore compilare sotto:

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 art. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

.....

La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata. Ha validità corrispondente alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa. In caso di cambio di istituto deve essere ripresentata. I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico. Eventuali variazioni nel piano terapeutico vanno certificate e comunicate **tempestivamente**

**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

In caso di *(descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del/dei farmaco/i)*

FARMACO/I DA SOMMINISTRARE

nome del farmaco	_____
tipologia	<input type="checkbox"/> salvavita <input type="checkbox"/> indispensabile
Modalità di somministrazione:	
Orario e/o dosi:	
Durata della terapia:	
Modalità di conservazione	

nome del farmaco	_____
tipologia	<input type="checkbox"/> salvavita <input type="checkbox"/> indispensabile
Modalità di somministrazione:	
Orario e/o dosi:	
Durata della terapia:	
Modalità di conservazione	

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno **SI** **NO**

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.....plesso

formazione in situazione:

data corso	operatore sanitario Dott. _____
argomento del corso	
hanno partecipato:	
data corso	operatore sanitario Dott. _____
argomento del corso	
hanno partecipato:	

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, sono state effettuate "formazioni in situazione" .

Il personale disponibile, 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

Al Personale Docente
Al Personale ATA

AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DISPONIBILE 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

1. VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

Il/la sottoscritto/a..... .genitore dell'alunno
..... frequentante la classe..... della scuola.....

consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita _____ da
somministrare al/alla studente in caso di _____ nella dose, e 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 qualvolta il medicinale sarà terminato/O SCADUTO, 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

2. VERBALE PER LA CONSERVAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

In data ___ alle ore _____ il personale autorizzato, Sig/ra _____
(nome e cognome) in servizio presso il Plesso _____ di
_____, prende in consegna il medicinale da somministrare
all'alunno/a _____ e lo conserva nel luogo concordato
dalle parti interessate, ovvero _____

Copia della certificazione medica, allegata alla presente, verrà spillata alla confezione del
farmaco con il nome e cognome dell'alunno/a

Luogo e data

I genitori

Il personale autorizzato

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

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 qualvolta il medicinale sarà terminato o scaduto
- 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).
- Si apporrà un bollino rosso sulla cattedra per segnalare anche agli eventuali supplenti la presenza di una criticità

Qualora dovesse presentarsi la situazione emergenziale che richiede la somministrazione del farmaco, il personale della scuola interviene adottando 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.

Sarebbe utile potersi avvalere di due persone:

- il personale che ha dato l'allarme per i contatti telefonici:
 - informa il 112 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
 - chiama i genitori,
- 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 (fischietto) e/o inviando due bambini/e individuati/e all'interno del gruppo classe
- b) il collaboratore scolastico accorre portando il medicinale all'insegnante
- c) la persona che non somministra si occupa della sorveglianza e chiama il prima possibile il 112 e i genitori

d) la persona addetta alla somministrazione soccorre il/la studente somministrando il farmaco (seguendo, preferibilmente, le indicazioni degli operatori sanitari del 112)

2) **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 112 e i genitori

c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante e si occupa della sorveglianza

d) la persona addetta alla somministrazione soccorre il/la studente somministrando il farmaco (preferibilmente seguendo le indicazioni telefoniche del 112)

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.

L'eventuale presenza dei genitori, sopraggiunti nel frattempo, esonera il personale scolastico dal prosieguo del proprio intervento.

(Luogo e Data) il

Il Dirigente Scolastico

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.

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Villa Cortese**

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI
USCITA DIDATTICA a _____ del _____**

I sottoscritti _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data _____/_____/_____/

sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica durante l'uscita didattica/viaggio d'istruzione con la supervisione del personale scolastico

Numeri di telefono utili:

Tel. genitori/tutori : Tel cell

Tel. genitori/tutori: Tel cell

Tel. medico prescrittore Dr. tel.

Firma dei genitori _____

Nel caso di firma di un solo genitore compilare sotto:

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 art. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Data _____ Firma del genitore _____