



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "A. LINCOLN"
Settore Linguistico - Settore Economico - Settore Tecnologico
Via S. Mazza, 3/5 - 94100 ENNA - Tel. 0935531402 - Fax 0935531401
Codice Fiscale 91052200861 - Email: enis02100t@istruzione.it - PEC: enis02100t@pec.istruzione.it

Protocollo per la somministrazione dei farmaci agli alunni e per il ricorso a farmaci salvavita

Caso 1: somministrazione di farmaci per terapia

Tale problematica si colloca in una logica di assistenza agli alunni al fine di tutelarne e il diritto allo studio, la salute e il *benessere*.

- La famiglia fa richiesta al dirigente scolastico (all.A) accompagnata da prescrizione medica specifica (all.B), con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione, se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).
- Il dirigente scolastico concorda con la famiglia orari e modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui un familiare o suo delegato possa recarsi presso la scuola.
- Qualora sia impossibile ad un genitore o suo delegato recarsi a scuola, il Dirigente verifica se tra il personale) vi sia qualcuno disponibile e, con opportuna e adeguata formazione, emette l'autorizzazione.
- Qualora nessun insegnante sia disponibile o non vi siano persone formate, il Dirigente potrà interessare i servizi sanitari territoriali. Se anche questi non fossero disponibili, il Dirigente inoltra comunicazione formale e motivata ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno.
- L'insegnante che ha aderito alla richiesta, registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia)

Caso 2: ricorso a farmaci salva-vita in situazioni di emergenza

Tale problematica si colloca in una logica di gestione dell'emergenza come prevista dal D. Lgs.n. 81/08 e normativa correlata.

- La famiglia segnala al Dirigente scolastico le eventuali situazioni in cui l'alunno necessita della somministrazione immediata di farmaci salva-vita (all.C). La richiesta è accompagnata da prescrizione medica specifica (all.D), con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).
- Il Dirigente scolastico organizza con il pediatra o il Medico di base che ha in carico l'alunno/a apposita riunione formativa con gli insegnanti interessati. E' necessario redigere apposito verbale, anche in forma sintetica, con firma dei partecipanti.
- Il Dirigente scolastico concorda un piano di azione per la somministrazione del farmaco e lo comunica al personale addetto
- Considerato che spetta al datore di lavoro individuare gli addetti all'emergenza e che il lavoratore incaricato non può rifiutare la nomina se non per grave e giustificato motivo, la somministrazione di farmaco salva-vita è obbligatoria e rientra nelle competenze relative alla gestione dell'emergenza.
- Chi avesse validi e documentati motivi per rifiutare tale incarico lo deve segnalare per iscritto al dirigente scolastico motivandone le ragioni.
- L'insegnante che ha effettuato la somministrazione del farmaco salva-vita registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia) e ne dà segnalazione al Dirigente scolastico e alla famiglia.

Caso 3: autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno

- La famiglia fa richiesta al dirigente scolastico (all.E) accompagnata da prescrizione medica specifica (all.B), con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).

Di seguito:

Raccomandazioni interministeriali del 25 novembre 2005

All.A richiesta somministrazione farmaco a scuola per terapia

All.B Prescrizione terapia medica a scuola (medico curante)

All.C richiesta somministrazione farmaco salvavita

All.D prescrizione farmaco salvavita (medico curante)

All. E richiesta autosomministrazione farmaco

Raccomandazioni Interministeriali del 25 Novembre 2005

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTO il Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, concernente “il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro”, e le successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 275, concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, concernente “norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

VISTO il Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTE le linee programmatiche del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca che pongono tra le strategie fondamentali della politica scolastica quella della centralità dei “bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti”;

CONSIDERATO che tale principio è stato recepito dalla Legge 28 marzo 2003, n. 53 di delega al Governo per la definizione delle norme generali dell'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto scuola per il quadriennio normativo 2002/2005;

CONSIDERATO che, secondo i principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni volontarie, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato ed altri soggetti privati;

CONSIDERATA la necessità di regolamentare questo settore facendo riferimento ai principi generali contenuti nelle norme e linee programmatiche sopra indicate;

EMANANO LE SEGUENTI RACCOMANDAZIONI:

Art. 1 – Oggetto – Le presenti Raccomandazioni contengono le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati 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.

Art. 2 – Tipologia degli interventi – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Art. 3 – Soggetti coinvolti - La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

Per quanto concerne i criteri cui si atterranno i medici di base per il rilascio delle certificazioni e la valutazione della fattibilità delle somministrazioni di farmaci da parte di personale non sanitario, nonché per la definizione di apposita modulistica, saranno promossi accordi tra le istituzioni scolastiche, gli Enti locali e le AUSL competenti.

Art. 4 – Modalità 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).

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati.

Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed ATA, anche in collaborazione con le AUSL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, i dirigenti scolastici possono procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, i dirigenti scolastici possono provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Art. 5 – Gestione delle emergenze – Resta prescritto in ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Roma, 25.11.2005

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE

F.to MORATTI

IL MINISTRO DELLA SALUTE UNIVERSITA' E RICERCA

F.to STORACE

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico
unitamente alla prescrizione del medico curante)

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dell'alunno/a:

Affetto/a dalla seguente patologia:

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE
AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALL'ALUNNO IN
AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE
NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA,
RILASCIATA in data _____ dal dott. _____

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE
ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA
L'INTERVENTO.

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI

NO

Il _____

Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

Recapiti telefonici utili

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ ambulatorio _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- *da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico*

- **ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,**
- **ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO EQUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,**
- **ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DITIPO SANITARIO**

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Firma e timbro

del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

All.C richiesta somministrazione farmaco salvavita

**Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Abramo Lincoln"
Enna**

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti
..... genitori di
..... nato a il
residente a in
via.....

n.frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/Secondaria di I
grado plesso scolastico.essendo il minore affetto
dalla seguente
patologia e
constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

☐ che i sottoscritti siano autorizzati ad accedere ai locali in orario scolastico per procedere alla somministrazione del farmaco come da piano terapeutico allegato Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita di apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico.

Firma dei genitori o di chi esercita la
responsabilità genitoriale

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Genitori

.....cell/abitazione.....
Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
..... cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

.....

All. D prescrizione farmaco salvavita

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO
DI EMERGENZA**

Relativamente all'alunno:

<i>Cognome e Nome</i>			
nato a : _____	in		data: _____
_____	residente	in	via: _____
_____	del	comune	di: _____
_____	frequentante	la	classe: _____
_____	della		scuola: _____
_____	non	sede in	Via: _____
_____	del	Comune	di: _____

affetto da:

Riportare la patologia diagnosticata

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la responsabilità genitoriale),
- Constatata l'**ASSOLUTA NECESSITÀ** di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale **NON** sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione del/i farmaco/i **salvavita** di seguito indicati, da parte di personale **NON** sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

1° FARMACO Nome commerciale del farmaco:

Dose e modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza:

Eventuali note:

2° FARMACO Nome commerciale del farmaco:

Dose e modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza:

Eventuali note:

Data,

Timbro e Firma del medico

All. E richiesta autosomministrazione farmaco

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Abramo Lincoln"
Enna

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori
dell'alunno/a.....nato/a
ail..... residente a
..... in via.....frequentante la
classe.....sez.....della Scuola..... sita a in
Via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott. dalla quale si evincono anche le modalità di conservazione del farmaco.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano l'Istituto scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Enna,

Firma dei genitori

.....

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI

NO

Il _____

Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali
