

Scopo.

Scopo della presente procedura è quello di fornire al personale scolastico le indicazioni necessarie per gestire, nell'ambito scolastico, la somministrazione di farmaci agli alunni/studenti, nel rispetto delle normative vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e di primo soccorso.

L'obiettivo finale è quello di garantire agli alunni/studenti il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica

Campo di applicazione.

La presente procedura si applica all'interno dell'organizzazione scolastica, nei casi in cui gli alunni/studenti necessitano di somministrazione di farmaci esclusivamente in caso di **emergenza**, su esplicita richiesta dei genitori o altri soggetti esercitanti la potestà genitoriale e previa autorizzazione del medico.

Riferimenti Normativi.

Il presente documento costituisce procedura operativa per la gestione dei casi di "somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico" ai sensi del D.Lgs. 81/08.

Soggetti coinvolti.

- Famiglie degli alunni e/o altri soggetti esercenti la potestà genitoriale.
- La scuola, nelle figure del Dirigente Scolastico e del personale docente e collaboratore coinvolto nell'attuazione della presente procedura.
- I servizi sanitari: i medici e le ASL.

Criteri generali

I farmaci **NON** devono essere somministrati dal personale scolastico, salvo che nei casi autorizzati dal Dirigente Scolastico a seguito dell'autorizzazione rilasciata dal medico. L'Autorizzazione alla somministrazione o autosomministrazione a scuola del farmaco viene rilasciata dal medico su richiesta dei genitori/tutori degli alunni /studenti e deve essere consegnata in segreteria, affinché possa essere acquisita a protocollo e visionata dal Dirigente Scolastico che attiva il protocollo.

Per il rilascio dell'autorizzazione i criteri a cui si attengono i medici sono:

- La somministrazione necessaria e **indispensabile** durante l'orario scolastico.
- La **fattibilità** della somministrazione da parte del personale non sanitario.
- La non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Modalità organizzative:

Nel caso in cui un alunno/studente necessiti di interventi di somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico si deve procedere con l'organizzazione di seguito descritta:

1. I genitori/tutori degli alunni/studenti forniscono alla scuola:
 - a) Richiesta scritta e firmata di somministrazione di farmaci in orario scolastico (conforme a allegato1).
 - b) Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con specifica prescrizione dei farmaci da assumere e autorizzazione alla somministrazione nell'ambito scolastico (conforme a allegato2).
2. Il Dirigente Scolastico, previo possesso della documentazione di cui al punto 1 valuta la fattibilità organizzativa:
 - a) Verifica/individua il gruppo di operatori scolastici incaricati della somministrazione di farmaci (tra personale docente e collaboratore che ha frequentato il corso di primo soccorso D.M. 388/03– 12 ore).
 - b) Verifica/organizza la presenza del personale incaricato della somministrazione di farmaci (in relazione ai turni di lavoro, agli orari dell'alunno/studente, della possibilità di assenza degli incaricati).
 - c) Organizza la formazione specifica del personale incaricato della somministrazione di farmaci, tramite presentazione delle indicazioni scritte date dal medico e preferibilmente attraverso incontri personali tra gli addetti e il medico.
 - d) Verifica la possibilità di conservazione dei farmaci secondo le indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del fornitore (temperatura controllata, al buio, e simili) garantendone l'inaccessibilità agli altri alunni/studenti.

Se i criteri organizzativi risultano tutti completamente soddisfatti la procedura per somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico risulta correttamente attuabile e i requisiti normativi si considerano soddisfatti.

A supporto di tali considerazioni il Dirigente Scolastico compila e rende noto il "Piano per la somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico" (allegato 3).

Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome Cognome e Nome

in veste di: genitori soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

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. _____

Precisano che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario** e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario

Sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

Autorizzano

- il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco
- l'alunno/a ad autosomministrarsi il farmaco in ambito scolastico

Acconsentono al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____

Genitori: _____

Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

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: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- 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 dei farmaci 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 A.S.L. Di competenza _____

Timbro e Firma del medico

VERBALE DI INFORMAZIONE PER GLI ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA

Data, _____

Persone Presenti:

Figura	Cognome e Nome	Firma
Dirigente Scolastico		
Medico		
Personale Sanitario		
Personale Scolastico incaricato della somministrazione		

Relativamente all'alunno:

Cognome e Nome

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

Argomenti trattati - considerazioni:

- Verifica completezza della documentazione autorizzativi (richiesta genitore + autorizzazione medico).
Nominativi degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza.
- Verifica delle modalità di conservazione dei farmaci secondo la indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del produttore.
- Istruzioni d'uso del produttore del farmaco.
- Descrizione dei sintomi del disturbo dell'alunno/studente (eventualmente data dal personale medico)
Descrizione delle modalità di intervento (eventualmente data dal personale medico).
- Effetti dei farmaci somministrati.
- Altro:

Allegato 4- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO

Relativo all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

Il dirigente scolastico,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

INDIVIDUA

il gruppo di operatori scolastici incaricati in caso di emergenza della somministrazione dei farmaci, costituito dalle seguenti persone:

Sig. _____ Firma

La formazione degli operatori sopra elencati è avvenuta tramite:

- La messa a disposizione delle istruzioni d'uso del produttore del farmaco. La messa a disposizione delle istruzioni del medico (allegato 2).
- Incontro informativo, sulle modalità organizzative, con il dirigente scolastico (data _____).
- Incontro informativo/formativo avuto con il medico prescrivente sulle modalità attuative (data _____).
- Incontro informativo/formativo con altro personale sanitario competente sulle modalità attuative (data _____).
- Incontro con i genitori per informazioni in data _____).

La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:

- Conservazione in frigorifero a temperatura:.....
- Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.
- Conservazione fuori dalla portata dei bambini.

Si raccomanda di :

-portare il farmaco in caso di uscite dalla scuola;

-adottare tutte le forme di prevenzione possibili per non esporre l'alunno ad alimenti che potrebbero causare reazione allergica;

-chiamare il servizio 118 di pronto intervento in caso di necessità

-avvisare immediatamente la famiglia tramite i numeri telefonici da loro forniti;

-informare tempestivamente eventuali supplenti che si avvicendano nella classe

-tutelare la privacy;

-altro: _____

Data, _____

Il Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: genitori soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

L'autorizzazione all'autosomministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data : _____ dal Dott. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile da parte del figlio/a.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03

e del Regolamento UE 649/2016

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____ Genitori: _____

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)
ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- 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

L'autosomministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte dell'alunno, 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

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO

Relativo all'alunno: _____

Cognome e Nome

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

Il dirigente scolastico,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

AUTORIZZA

L'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno

La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:

Conservazione in frigorifero a temperatura _____

Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.

Conservazione fuori dalla portata dei bambini.

Altro: _____

Altro: _____

Altro: _____

Data, _____

Il Dirigente Scolastico

Allegato 1/rinn - alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

RINNOVO RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: genitori soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO DI CONTINUARE PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO

la somministrazione in caso di **emergenza** in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica.

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____.

- Si fa presente che è ancora valida la documentazione medica agli atti della scuola
- Si allega certificato del medico di base attestante la prosecuzione dello stato di malattia

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.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs. 196/03

e del Regolamento UE 679/2016 Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____ Genitori: _____

RINNOVO RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: genitori soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO DI CONTINUARE PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO

l'autosomministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____.

- Si fa presente che è ancora valida la documentazione medica agli atti della scuola
- Si allega certificato del medico di base attestante la prosecuzione dello stato di malattia

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile da parte del figlio/a.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03

e del Regolamento UE 649/2016

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____ Genitori: _____