

LICEO GALILEO GALILEI
SCIENTIFICO :: LINGUISTICO :: MUSICALE



00053 CIVITAVECCHIA - VIA DELL'IMMACOLATA, 4 - TEL. 06 121124345
00058 SANTA MARINELLA (SEDE DISTACCATA) - VIA G. GALILEI - TEL. 06 121127180
E-mail: RMPS130006@istruzione.it – PEC RMPS130006@pec.istruzione.it
Codice Fiscale 83002690580 - Codice Meccanografico RMPS130006 - Ambito Territoriale 11

Procedura per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico

Anno Scolastico 2022/23

Dirigente Scolastico

Loredana Saetta

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico – MIUR e Ministero della Salute del 25.11.2005 prot. 2312.
- D.M. 388/03 - Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale
- D. Lgs. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

PREMESSA

Le 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. La seguente procedura si riferisce, quindi, all'organizzazione degli **interventi finalizzati all'assistenza degli studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico**.

PRESO ATTO CHE:

- le situazioni che si possono presentare sono riconducibili a:
 1. Emergenza non prevedibile in soggetto senza patologia nota;
 2. Manifestazione acuta correlata alla patologia cronica nota, che richiede interventi immediati;
 3. Terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di patologia cronica;
- si ritiene opportuno evitare che in orario scolastico siano somministrate terapie per il trattamento di patologie non croniche;
- le urgenze non prevedibili rientrano nelle procedure di Primo Soccorso ai sensi del D.lgs. 81/08 e dal D.M. 388/03 e non richiedono la somministrazione dei farmaci.
- **il presente Protocollo è definito per affrontare le situazioni che rientrano nei soli casi 2. e 3.**

CONSIDERATO CHE:

- La somministrazione dei farmaci per il trattamento di patologie croniche a scuola è prevista solo mediante un **Protocollo d'Intesa ASL-Scuola-Famiglia**, allo scopo di pervenire alla definizione di uno specifico **PROGETTO D'INTERVENTO**.
- Ciascuna situazione proposta è oggetto di attento esame e confronto e, se necessario attraverso apposito incontro, tra tutti gli attori coinvolti, alla ricerca delle modalità di gestione più appropriate.
- L'assistenza specifica agli studenti, che in ambito scolastico necessitano di interventi connessi a patologie, si basa sulla
 - **non discrezionalità** da parte del somministratore, 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 e quindi non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario.
- L'attività di soccorso è prescritta secondo un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la sua omissione può causare gravi danni alla persona.
- Nei casi il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Percorso per la somministrazione di farmaci da parte di personale individuato dal Dirigente Scolastico

ART. 1: Famiglia

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dello/a studente/ essa o gli esercitanti la potestà genitoriale devono far pervenire al Dirigente Scolastico **FORMALE RICHIESTA** sottoscritta da entrambi i genitori o esercitanti la potestà genitoriale, dietro presentazione di certificazione medica. **All. A**

ART. 2: ASL/Medico di Famiglia rilascia ai genitori la prescrizione alla somministrazione del farmaco/i. All. B

La certificazione medica deve esplicitare, in modo chiaramente leggibile, senza possibilità d'equivoci e/o errori, oltre al nome e cognome dello studente, il seguente "Piano Terapeutico":

- stato di malattia dello studente;
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- la "somministrazione indispensabile in orario scolastico";
- la durata della terapia.

Inoltre, se si tratta di farmaco salvavita, il "piano terapeutico" deve riportare:

- la descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- la dose da somministrare;
- la modalità di somministrazione del farmaco;
- i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli;
- la modalità di conservazione del farmaco.

ART. 3: Validità della Certificazione Medica

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

ART. 4: Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico effettua una verifica delle **STRUTTURE SCOLASTICHE** per l'individuazione del luogo fisico idoneo **per la conservazione e/o la somministrazione dei farmaci** (ovvero concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli studenti, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci).

Il Dirigente Scolastico individua gli operatori scolastici disponibili a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci.

Gli operatori scolastici possono essere individuati, preferibilmente, nell'ambito del personale già nominato come **ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO** (APS, ai sensi del D.lgs. 81/08 e D.M. 388/03), (docenti, collaboratori scolastici).

ART. 5: Operatore Scolastico

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.

ART. 6: Soggetti Istituzionali/Associazioni di Volontariato

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, il Dirigente Scolastico:

- può procedere all'individuazione di soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il Dirigente Scolastico:

- può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con Enti ed Associazioni di volontariato.

In assenza di qualsiasi disponibilità, il Dirigente Scolastico:

- chiede la collaborazione al Direttore del Distretto Socio-Sanitario per concordare un progetto d'intervento temporaneo e, allo stesso tempo, favorire lo sviluppo di disponibilità interne all'istituto.

ART. 7: Piano di Intervento

Accettata la documentazione il Dirigente Scolastico predispone il Piano di Intervento per la somministrazione del farmaco.

Ricevuta l'autorizzazione (**AII. C1** se trattasi di farmaco indispensabile - **AII. C2** se trattasi di farmaco salvavita) ed il relativo piano di Intervento, il Somministratore procede a stilare il verbale di consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- **AII. B1** verbale farmaco indispensabile
- **AII. B2** verbale per farmaco salvavita

ART. 8: Auto-somministrazione dei farmaci

Per casi specifici riguardanti studenti minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, considerata la progressiva maggiore autonomia degli studenti con il crescere dell'età e l'importanza di coinvolgere i diretti interessati nel progetto d'intervento che li riguarda, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

- Per poter soddisfare l'esigenza avanzata, l'autorizzazione medica dovrà riportare la dicitura: **“il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”**.
- L'accordo va formalizzato in apposita dichiarazione in cui famiglia e scuola si impegnano a controllare e monitorare la corretta assunzione del farmaco da parte dello studente. **AII. D**.

ART. 9: Informazione e formazione

Al momento della definizione del singolo progetto d'intervento, il Dirigente Scolastico organizza la **“formazione in situazione”** a favore del personale che ha fornito la propria disponibilità, anche in collaborazione con l'ASL, gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

ART. 10: Registrazione interventi

Il somministratore del farmaco deve puntualmente registrare, su apposito diario, ogni intervento effettuato (orario, dose, firma).

ART. 11: Garanzie

Il Dirigente Scolastico si fa garante:

- che la conservazione dei farmaci e degli strumenti in uso sia effettuata in modo corretto e sicuro;
- dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione avvalendosi degli operatori individuati.

ART. 12: Passaggi ad altra scuola

Il Dirigente Scolastico, in occasione dei passaggi ad altra scuola, invita i genitori o l'esercente la potestà genitoriale dello studente ad informare il dirigente scolastico della scuola di destinazione e concorda la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.

ART. 13: Gestione Emergenza

Resta immutata la necessità di ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati dall'istituto.

ART. 14: Riconsegna del farmaco

A fine anno scolastico è opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

ART. 15: Periodo di validità del Protocollo

L'accordo ha validità per l'anno scolastico in corso, può essere aggiornato e/o integrato su richiesta di una delle parti firmatarie, in conseguenza di modifiche normative o di specifiche necessità.

Allegato A
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI/ESERCENTI POTESTÀ GENITORIALE
DELL'ALUNNO/A E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto _____ genitore/esercente la potestà
genitoriale dello/a Studente/ essa _____
nato a _____ il _____ residente a
_____ in via _____
frequentante la classe _____ sez. _____ dell'Istituto d'Istruzione Superiore "LICEO G. GALILEI
di Civitavecchia" di via IMMACOLATA 4 - Dirigente Scolastico: prof.ssa Loredana Saetta,

CHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico di farmaci, essendo il minore affetto da
_____, come da allegata
certificazione medica rilasciata in data _____ dal dott.
_____. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale
non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco
stesso.

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

SI NO

Civitavecchia, _____

I genitori o l'esercente la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili

Medico curante _____

I genitori _____

Allegato B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) PER LA
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità SI
PRESCRIVE ALLO/A STUDENTE/ SSA

Cognome _____ Nome _____
Data di Nascita _____ frequentante la classe _____ sez. _____ dell'Istituto
d'Istruzione Superiore _____ - Dirigente Scolastico: prof.ssa
Loredana Saetta.

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO,
DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Orario di somministrazione _____

Durata della Terapia (entro i limite dell'anno scolastico ____ / ____) dal _____ al _____

Terapia di mantenimento: _____

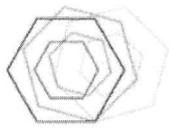
Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data _____

Timbro e firma del Medico



LICEO GALILEO GALILEI

SCIENTIFICO :: LINGUISTICO :: MUSICALE



00053 CIVITAVECCHIA - VIA DELL'IMMACOLATA, 4 - TEL. 06 121124345
00058 SANTA MARINELLA (SEDE DISTACCATA) - VIA G. GALILEI - TEL. 06 121127180
E-mail: RMPS130006@istruzione.it – PEC RMPS130006@pec.istruzione.it
Codice Fiscale 83002690580 - Codice Meccanografico RMPS130006 - Ambito Territoriale 11

Allegato B/1 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data _____ alle ore _____ la/il sig. _____
_____ genitore dello studente/essa
_____ frequentante la classe _____
dell'Istituto di Istruzione Superiore _____ consegna
ai docenti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale
_____ da somministrare allo/alla studente/ essa ogni
giorno alle ore _____ nella dose _____ come da certificazione
medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data _____
dal dott. _____.

Il genitore:

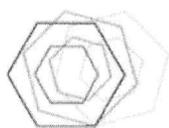
- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà 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



LICEO GALILEO GALILEI

SCIENTIFICO :: LINGUISTICO :: MUSICALE



00053 CIVITAVECCHIA - VIA DELL'IMMACOLATA, 4 - TEL. 06 121124345
00058 SANTA MARINELLA (SEDE DISTACCATA) - VIA G. GALILEI - TEL. 06 121127180
E-mail: RMPS130006@istruzione.it – PEC RMPS130006@pec.istruzione.it
Codice Fiscale 83002690580 - Codice Meccanografico RMPS130006 - Ambito Territoriale 11

Allegato B/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data _____ alle ore _____ la/il sig. _____
_____ genitore dello/a studente/ssa
_____ frequentante la classe _____
dell'Istituto di Istruzione Superiore _____ consegna
ai docenti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale
_____ da somministrare allo/a studente/
essa in caso di¹ _____ 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 l'Istituto 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 D

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto _____ genitore dello/a Studente/ssa
_____ nato a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____ frequentante la classe _____ sez.
_____ dell'Istituto d'Istruzione Superiore _____ -
Dirigente Scolastico: prof.ssa Loredana Saetta.

essendo il minore affetto da _____ e constatata
l'assoluta necessità, chiede la possibilità che il minore auto-somministri, in ambito ed orario scolastico la
terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata certificazione medica
rilasciata in data _____ dal Dr. _____

- I sottoscritti sono consapevoli che l'operazione sarà effettuata da personale non sanitario, seppure specificamente individuato e formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.
- I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

Civitavecchia, Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Genitori _____

Pediatra/ Medico Curante _____

Servizio di Prevenzione e Protezione

Allegato C1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO
INDISPENSABILE IN ORARIO SCOLASTICO

A seguito della richiesta inoltrata dal/la sig./sig.ra _____ per
la/il figlia/o _____ frequentante la classe
_____ sez. _____ dell'Istituto d'Istruzione Superiore
_____ - Dirigente Scolastico: prof.ssa Loredana Saetta,
relativa alla somministrazione del **farmaco indispensabile**,

il Dirigente Scolastico

autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nel seguente Piano di Intervento (da definire).

Piano d'Intervento

- _____
- _____
- _____
- il genitore consegnerà al personale dell'Istituto una confezione nuova ed integra del medicinale _____ da somministrare ogni giorno alle ore _____ 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.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli studenti, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: (indicare il luogo della custodia) _____
- Il medicinale sarà somministrato allo studente da (indicare il nominativo del docente/Personale ATA incaricato e le eventuali sostituzioni _____ (sostituito da _____)).

Civitavecchia, _____

Per presa visione e conferma della disponibilità

I docenti	Il Personale ATA

Allegato C2

AUTORIZZAZIONE PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO

A seguito della richiesta inoltrata dal/la sig./sig.ra _____ presso l'Ufficio Didattica per la/il figlia/o _____ frequentante la classe _____ sez. _____ dell'Istituto d'Istruzione Superiore _____ - Dirigente Scolastico: prof.ssa Loredana Saetta,

relativa alla somministrazione del **farmaco salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nel seguente Piano di Intervento (da definire).

Piano d'Intervento

- _____
- _____
- _____
- il genitore consegnerà al personale dell'Istituto una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli studenti, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione:(indicare il luogo della custodia) _____
- Il medicinale sarà somministrato allo studente da (indicare il nominativo del docente/Personale ATA incaricato e le eventuali sostituzioni _____ (sostituito da _____)).

Civitavecchia, data _____

Per presa visione e conferma della disponibilità

I docenti	Il Personale ATA

Servizio di Prevenzione e Protezione