

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Torino, 07 settembre 2023

Premessa

L'esistenza di questioni 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 e 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 laddove 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;
- 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;

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

- i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli;
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Ricevuta la documentazione precedentemente elencata il Dirigente scolastico, accertata la disponibilità del personale (all. B), predisporre 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.

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.

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

- all. B/2 verbale per farmaco salvavita
- all. C/2 verbale farmaco indispensabile
- Per 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 autosomministrarsi 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).
- Il Dirigente scolastico predisporre 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 (**all. E**), ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata a inizio di ogni anno scolastico e 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.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

Allegato “0”

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova e integra del medicinale

.....
da somministrare in caso di..... (indicare l'evento)

come da certificazione medica consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente (all. E).

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 B/2 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 in cui 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 e 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.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

3) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità e 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

Dott.ssa Ketti KRASSEVEZ

Firma conforme ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

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 affetto 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 GDPR (i dati personali sono dati idonei
a rilevare lo stato di salute delle persone).

ALLEGANO certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento
specifico necessario (allegato E)

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante dott.

Genitore 1

Genitore 2

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

Allegato B

VERIFICA DISPONIBILITÀ 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 dello 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.

PERSONALE RESOSI DISPONIBILE ALLA SOMMINISTRAZIONE

Nome e cognome

Firma leggibile

<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>

p. p. v.

Il dirigente scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

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 (all. E), 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

Le insegnanti

.....

(1) indicare l'evento

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

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 (all. E),
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

Le insegnanti

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

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 affetto 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 (all. E)** 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 GDPR (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“PARRI – VIAN”

Strada Lanzo, 147/11 – 10148 Torino – Tel. 01101166888 – C.M. TOIC8BR003 – C.F. 97820130017 -

Cod. Univoco UFUVHT e-mail: TOIC8BR003@istruzione.it – PEC: TOIC8BR003@pec.istruzione.it

Allegato E

Indicazioni per la somministrazione di farmaci e/o per l'esecuzione di interventi specifici in orario scolastico/formativo (da compilarsi a cura del medico curante)

Il minore

Cognome _____ Nome _____
nata/o il _____ a _____
residente a _____ in _____

affetto dalla seguente patologia _____

presenta la necessità di somministrazione in ambito e in orario scolastico della seguente terapia farmacologica:

Modalità di somministrazione _____
Orario di somministrazione e dose _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

e/o

Farmaco da somministrare **in caso di eventi di urgenza/emergenza:**

Modalità di somministrazione _____
Orario di somministrazione e dose _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

e/o

Presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

Modalità di esecuzione _____
Orario di esecuzione _____

Eventuali note _____

Luogo e data

Timbro e firma del medico curante