

Liceo Scientifico Statale N. Copernico



Viale Duca degli Abruzzi, 17 - 25124 Brescia
Tel. 030. 226166-225932-225881
www.liceocopernicobrescia.edu.it e-mail: bsps070005@istruzione.it
pec: bsps070005@pec.istruzione.it
Codice Min. BSps070005 C.F. 98012310177



Indicazioni per la somministrazione di farmaci a scuola

PREMESSA

Il presente documento è finalizzato a regolamentare la somministrazione di farmaci salvavita nell'Istituto ed in orario scolastico, al fine di garantire a tutti gli studenti in situazione di particolare necessità per patologie di ricevere una appropriata assistenza (Min. P.I. prot. 2312 del 2005).

RIFERIMENTI:

Protocollo d'Intesa per la Somministrazione dei farmaci a Scuola sottoscritto tra ATS Brescia, ASST Spedali Civili, ASST Franciacorta, ASST Garda ed UST IV AT di Brescia per la somministrazione dei farmaci.

1. ASPETTI GENERALI

La somministrazione di farmaci a scuola, è riferita alle seguenti situazioni:

- **La prima somministrazione del farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico ad eccezione di specifiche situazioni;**
- Condizione necessaria alla somministrazione di farmaci a scuola è la presenza di certificazione attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente necessita;
- Il personale scolastico in via del tutto volontaria può somministrare farmaci a condizione che tale operazione non debba richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
- Emergenze, intese come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati;
- Situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute. In relazione alla patologia diabetica si richiama quanto definito dalla Circolare Regionale n. 30 del 12 luglio 2005 "Linee Guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico";
- **In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di Emergenza/Urgenza è comunque indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.**

2. SOGGETTI COINVOLTI

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge diversi attori:

- Genitori o gli esercenti la potestà genitoriale;
- Studenti;
- Scuola: Dirigente Scolastico, Docenti, Personale ATA;
- Soggetti Sanitari: Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata), Agenzie Territoriali della Salute (ATS), Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).



Ciascuno degli attori concorre al percorso in relazione alle rispettive competenze e responsabilità:

Genitori (o esercenti la potestà genitoriale) e studenti se maggiorenni

- Presentano la richiesta al Dirigente Scolastico fornendo la certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico redatti dal Medico, allegando eventuale documentazione integrativa utile (es.: prospetti per utilizzazione/conservazione del farmaco, ecc.);
- Forniscono disponibilità e recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza;
- Segnalano tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso;
- Forniscono il farmaco ed eventuali presidi, provvedendo al loro regolare approvvigionamento;
- Autorizzano, se del caso, l'auto-somministrazione del farmaco;

Nota bene: *La richiesta deve essere presentata ad ogni cambio di ciclo scolastico e anche in caso di trasferimento da altra Istituzione Scolastica.*

Alunni - Studenti

- Sono coinvolti, in maniera appropriata rispetto ad età e competenze sviluppate, nelle scelte che riguardano la gestione del farmaco a scuola;
- Nelle condizioni ove è possibile si autosomministrano il farmaco;
- Comunicano tempestivamente all'adulto di riferimento nel contesto scolastico eventuali criticità legate alla patologia o alla gestione del farmaco;
- Tale modalità dovrà essere esplicitamente autorizzata da parte del Genitore (o dagli esercenti la potestà genitoriale o dall'alunno maggiorenne) nella richiesta di attivazione del percorso al Dirigente Scolastico.

Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata)

- A seguito di richiesta dei Genitori certifica lo stato di malattia e redige il Piano Terapeutico con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco;
- Fornisce eventuali informazioni e delucidazioni per l'applicazione del Piano Terapeutico.

Il piano terapeutico, deve contenere:

- Nome e cognome dello studente;
- Nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio;
- Principio attivo del farmaco;
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- Dose da somministrare;
- Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi) e di conservazione del farmaco, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i (FI);
- Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni);
- L'indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi.

Dirigente Scolastico

- Acquisisce la richiesta dei Genitori, informa il consiglio di classe ed il Personale della Scuola;
- Individua i Docenti, il personale ATA, che si rendano volontariamente disponibili ad intervenire nelle casistiche oggetto del presente protocollo e ne acquisisce il consenso scritto. Recepisce inoltre l'eventuale disponibilità di altri soggetti volontari individuati e formalmente autorizzati dal Genitore;
- Verifica le condizioni atte a garantire una corretta modalità di conservazione del farmaco;
- Segnala alla ATS/ASST territorialmente competenti i casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi;
- Attiva le procedure del caso;
- Garantisce la tutela della privacy;
- Segnala alla ATS/ASST di riferimento i casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi.

Il Dirigente Scolastico si avvale della collaborazione di ATS/ASST territorialmente competenti, in particolare richiedendo il supporto in caso di eventuali criticità relative alla attuazione del Piano Terapeutico (inadeguatezze dei locali, mancanza di disponibilità da parte di Docenti e Personale ATA, fabbisogni formativi del personale, etc.), la cui soluzione può prevedere anche il coinvolgimento di EELL, Associazioni di Pazienti, nonché eventuali altri soggetti della comunità locale a vario titolo competenti.

Docenti, Personale ATA

A seguito dell'adesione volontaria al percorso di somministrazione dei farmaci a scuola, l'incaricato (docente, personale ATA) somministra il farmaco e collabora, per quanto di competenza, alla gestione delle situazioni.

3. ADEMPIMENTI - SITUAZIONI PARTICOLARI

a. Raccolta e segnalazione ad AREU di casi per la somministrazione di adrenalina per rischio di anafilassi

Il Dirigente Scolastico trasmette alla ATS/ASST territorialmente competente i riferimenti dei casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi.

ATS/ASST raccoglie i riferimenti dei casi e li trasmette ad AREU, di norma, due volte all'anno (entro ottobre, entro gennaio).

In caso di richiesta di intervento la scuola comunica all'operatore della Sala Operativa Regionale che trattasi di un paziente per cui è attivo il "Protocollo Farmaci" affinché sia gestito tempestivamente l'evento.

b. Manifestazione acuta correlata a patologia nota

Alcune patologie possono dare origine a manifestazioni acute per affrontare le quali è necessario prevedere di mettere in atto opportuni interventi pianificati preliminarmente, effettuabili comunque anche da personale non sanitario, secondo le indicazioni del medico: **in tutti i casi in cui si ravvisa un carattere di Emergenza/Urgenza è comunque indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.**

In caso di manifestazione acuta in alunni che rientrano tra i casi con prescrizione di adrenalina per rischio anafilassi segnalati ad AREU (punto E), al momento della chiamata al numero unico 112, quando si è messi in contatto con l'emergenza sanitaria, sarà necessario identificare la richiesta di intervento con il termine "**PROTOCOLLO FARMACO**".

c. Emergenza imprevista

Il caso dell'emergenza imprevista è trattato nell'ambito del primo soccorso aziendale secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/08.

In tutti i casi in cui si ravvisa un carattere di Emergenza/Urgenza è comunque indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.

4. FORMAZIONE

L'attività formativa eventualmente realizzata da ATS/ASST non qualifica con competenze di tipo sanitario e relative responsabilità i Docenti, il Personale ATA e gli altri soggetti eventualmente partecipanti (Genitori, Volontari) ed in tal senso non è sostitutiva di titoli riconosciuti per legge.

5. MODULISTICA:

- Richiesta di somministrazione farmaco (allegato 1);
- Richiesta somministrazione farmaco studente maggiorenne (allegato 1a);
- Certificazione medica e piano terapeutico (allegato 2).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
LUCIANO TONIDANDEL

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a _____

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente _____

nato a _____ il ____/____/____ CF _____

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

scuola secondaria di secondo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO

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

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

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

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

mio/mia figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell. _____

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D. Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Firma

Data _____

NOTE A RETRO PAGINA

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'annoscolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio 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 vanno certificate e comunicate tempestivamente

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1a

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto di Istruzione Superiore
nome e indirizzo dell'Istituto

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____ C. Fiscale _____

frequentante la classe _____ dell'indirizzo _____

CHIEDO

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 ____/____/____

mi sia/no somministrato/i dal personale della scuola

Sono consapevole che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale reso disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizzo contestualmente il personale volontario reso disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e lo sollevo 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 chiedono/chiedo che, in alternativa,

mi possa auto-somministrare la terapia farmacologica in ambito scolastico.

Rendo noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____
- Familiare di riferimento (specificare)
 1. _____ cell.: _____
 2. _____ cell.: _____

Firma

Data _____

Accenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D. Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

NOTE A RETRO PAGINA

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'annoscolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio 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 vanno certificate e comunicate tempestivamente

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Allegato 2

PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE

II/La sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

Medico di Medicina Generale Pediatra di Famiglia Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/..... e constatata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA

Nome e cognome _____

nato a _____ il ____/____/____ CF _____

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

scuola secondaria di secondo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____ al _____; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto- somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro del Medico

Data _____