



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo ex S.M. "Torraca"
convenzionato con l'Opera Nazionale Montatori

Via A. Moro n. 6 – 75100 Matera – tel. 0835-333201
Cod. Fisc. 93051580772 - Cod. Mecc. MTIC82500P
mtic82500p@istruzione.it ✉ mtic82500p@pec.istruzione.it
<http://www.ictorracamatera.edu.it/>



A

ISTITUTO COMPrensIVO EX S.M. "TORRACA" - -MATERA
Prot. 0006506 del 23/09/2021
05-07 (Uscita)

Docenti
Personale ATA
Istituto Comprensivo Ex S.M. "Torraca"
Sede

Oggetto: Disposizioni sulla somministrazione dei farmaci in orario scolastico

Il Dirigente Scolastico

PREMESSO CHE

- ✓ con Legge 27 maggio 1991 n. 176 è stata ratificata e data esecuzione alla "Convenzione sui diritti del fanciullo" fatta a New York il 20 novembre 1989 nella quale viene espressamente indicato che "gli stati parti adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica ..." (art. 28 comma 1 lett. e);
- ✓ l'essere portatori di una patologia specifica non deve costituire fattore di emarginazione per lo studente e che gli studenti che frequentano ogni ordine e grado di scuola, possono avere la necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico a causa di patologie le cui manifestazioni acute possono manifestarsi in modo non prevedibile;
- ✓ in data 25 novembre 2006 sono state sottoscritte dai Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e ricerca le raccomandazioni in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico, raccomandazioni che si allegano e che fanno parte integrate del presente protocollo;
- ✓ in data 22 gennaio 2013 è stato sottoscritto il Protocollo di intesa per la somministrazione dei farmaci a scuola, tra la Regione Basilicata e le ASL di Potenza e Matera, rinnovato nel giugno 2016;
- ✓ la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico);
- ✓ a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- ✓ la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Dirigente scolastico ha validità per l'anno scolastico in corso deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga);

DISPONE

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico si faccia riferimento alle linee guida e al Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico citati in premessa.

Di seguito si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante, ASL e istituzione scolastica nel caso di gravi patologie che necessitano di somministrazione dei farmaci in orario scolastico:

- nel caso di somministrazione di farmaci salvavita da parte del personale scolastico;
- nel caso di terapie per patologie croniche e assimilabili;
- nel caso di terapie farmacologiche da parte dei genitori o di loro delegati;

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA – Personale Scolastico

LA FAMIGLIA	Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante (Allegato 1). Autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Piano Individuale di Intervento). Comunica alla scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura. Fornisce al Dirigente Scolastico propri recapiti telefonici al quale sia reperibile egli stesso o un suo delegato.
IL MEDICO CURANTE	Rilascia la prescrizione (Allegato 4) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità. La prescrizione/certificazione del MMG, del PLS, del Medico specialista deve specificare: 1. il nome dell'alunno; 2. la patologia dell'alunno; 3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci; 4. le modalità di somministrazione del farmaco; 5. la dose da somministrare; 6. la modalità di conservazione del farmaco; 7. gli eventuali effetti collaterali. Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; Indica se il farmaco è salvavita, dose, modalità e durata della terapia.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	Valuta l'ammissibilità della richiesta; Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco; Promuove incontri con il Medico curante o chi ha redatto l'autorizzazione, l'ASL di competenza, la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti e definire un Piano Individuale di Intervento (Allegato 5): - la patologia e le sue manifestazioni; - la fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; - la non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità; - la presa d'atto della certificazione medica; - le eventuali modalità di spostamento del bambino/a dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza; - indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.

Gestione dell'Emergenza

È in ogni caso prescritto il ricorso al Servizio Territoriale Emergenza (118) qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione d'emergenza. È in ogni caso prescritta l'informazione al genitore contestualmente all'evento acuto e non prevedibile.

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER PATOLOGIE CRONICHE– Personale Scolastico

LA FAMIGLIA	I genitori o i tutori di alunni affetti da patologie croniche o assimilabili, qualora non siano in grado di provvedere direttamente o attraverso propri delegati, presentano la richiesta al dirigente scolastico, accompagnata da dichiarazione medica attestante la patologia del figlio/a o del tutelato/a e la terapia farmacologica. Tale richiesta dovrà essere conforme all'Allegato 1 ed integrata con la dichiarazione medica di cui all' Allegato 4/5 (eventi occasionali).
-------------	---

L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	Il dirigente scolastico verifica la disponibilità del personale (in primis quello addetto al primo soccorso) a praticare, previa opportuna formazione /addestramento, la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai genitori e custoditi a scuola o in possesso dell'alunno. In questa fase il dirigente scolastico valuta l'opportunità di richiedere all'ASL l'informazione preliminare (un inquadramento generale della patologia dell'alunno, con particolare attenzione alle conoscenze utili a garantire la sicurezza dell'alunno stesso in relazione ai suoi bisogni speciali di salute) rivolto a tutto il personale docente/ATA della classe ove è inserito l'alunno.
--------------------------	--

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER PATOLOGIE CRONICHE– non Disponibilità del Personale Scolastico

In caso di non disponibilità del personale si procede all'applicazione dell'art. 4 delle Raccomandazioni MIUR/Ministero Salute 25/11/2005.

LA FAMIGLIA	I genitori inviano al dirigente scolastico una seconda richiesta redatta con i contenuti dell'Allegato 2.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	Il dirigente scolastico stabilisce le procedure operative, compreso la gestione dell'emergenza, rendendole note ai genitori e al personale designato (art.4).

Somministrazione di farmaci per terapie farmacologiche da parte dei genitori o di loro delegati

LA FAMIGLIA	I genitori inoltrano richiesta alla scuola chiedendo l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici durante l'orario di scuola, al fine di provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco all'alunno. I genitori possono delegare, con nota scritta e fotocopia ei documenti di identità, altra persona alla somministrazione del farmaco. I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere necessariamente in orario scolastico.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	Il Dirigente Scolastico, acquista la certificazione del medico curante, concede l'autorizzazione all'accesso ai locali dell'istituto durante l'orario di scuola ai genitori degli alunni o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci. Il Dirigente Scolastico individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
CATERINA POLICARO**

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

Alunno _____ frequentante la classe _____^a sez. _____ della

- Scuola dell'Infanzia "Rodari"
- Scuola Primaria "Marconi"
- Scuola Secondaria di 1° Grado "Torraca"

dell'Istituto Comprensivo Ex S.M. "Torraca" di Matera.

In data _____ alle ore _____ i sigg. _____ e _____, genitori dell'alunno _____, confermano la richiesta di somministrazione, in caso di manifestazione in modo acuto e imprevedibile della patologia dell'alunna, dei farmaci:

- _____
- _____
- _____

così come da documentazione allegata.

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.

Il pediatra di famiglia, dr. _____, illustra le modalità di somministrazione del farmaco:

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

I genitori provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e /o scaduto. Inoltre, comunicheranno immediatamente alla scuola ogni eventuale variazione di trattamento.

I docenti ed il personale ATA presenti confermano la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci.

Matera, _____

I genitori

Il Personale Scolastico

Il Pediatra

PIANO INDIVIDUALE DI INTERVENTO

Anno Scolastico 2021-2022

Alunno _____ nato a _____ (____)
frequentante la classe ____ sezione ____ della scuola _____ dell'Istituto
Comprensivo Ex S.M. "Torraca" di Matera.

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisognoso somministrare i farmaci secondo l'allegata autorizzazione medica:

Farmaco/i da somministrare _____

I farmaci sono conservati: _____

Modalità di somministrazione del farmaco:

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

Recapiti telefonici famiglia per emergenza:

Matera, _____

I genitori

Il Personale Scolastico

Il Pediatra

Allegato 1: “RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ”

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

SOMMINISTRAZIONE MINORENNI

(da compilare a cura dei genitori dell’alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
I.C. Ex S.M. “Torraca”
MATERA

I sottoscritti _____ e _____

genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____

nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____

frequentante la classe/sezione _____

della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell’alunno _____

preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione di farmaci
a scuola adottato in data _____ constatata l’assoluta necessità

chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____

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.

Acconsento 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

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal

· Consegna farmaco specifico alla scuola _____

- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino)

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Allegato 2: “AUTORIZZAZIONE”

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
SOMMINISTRAZIONE MINORENNI**

Al Dirigente Scolastico
I.C. Ex S.M. “Torraca”
MATERA

Il /i sottoscritto/i _____

In qualità di genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____

della scuola _____ nell'anno scolastico _____

Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da _____ in data _____

Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data _____

FIRMA _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Allegato 3: “RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE”

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO
SCOLASTICO
PER MAGGIORENNI**

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____
frequentante la classe/sezione _____
della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico _____
affetto dalla seguente patologia _____

Comunico

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica , come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'autosomministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

_____ da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Allegato 4: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA CONTINUATIVA”

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

In via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

Sita a _____ In via _____

Dirigente Scolastico _____

affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose: Prima dose _____ Seconda dose _____

Terza dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza (es. shock anafilattico)**:

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Eventuali note:

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

**Allegato 5: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER EVENTI
OCCASIONALI”**

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in presenza di eventi occasionali acuti

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza:**

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

In via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

Sita a _____ In via _____

Dirigente Scolastico _____

affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dose: _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra