Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO COMO NORD

Via Brogeda, 21 – 22100 Como - Tel. 031 541180 - fax 031 532927
cod. mecc. COIC84800L Cod. Fis. 80014100137
www.iccomonord.edu.it **e-mail:** ***COIC84800L@istruzione.it*** **pec:** ***COIC84800L@pec.istruzione.****it*

PROCEDURA E MODULI PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTARZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

in conformità con il protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

- La somministrazione di farmaci a scuola è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute; nello specifico:
    - Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica
    - Somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati
- La somministrazione di farmaci a scuola, è organizzata secondo un percorso che, coinvolgendo il bambino/ragazzo, la famiglia, il medico, l'istituto scolastico, perviene alla definizione di specifico percorso individuale d'intervento
- In ogni situazione individuale nelle quali si riscontrano elementi di criticità il percorso individuale è oggetto di esame anche tramite il coinvolgimento di ATS/ASST territorialmente competenti, con l'eventuale apporto di EELL, Associazioni di Pazienti, nonché eventuali altre Associazioni/Soggetti della comunità locale a vario titolo competenti, con l'intento di ricercare le modalità di gestione più appropriate
- La somministrazione dei farmaci in orario scolastico deve essere **formalmente richiesta dai genitori degli alunni e delle alunne, o da chi esercita la responsabilità genitoriale,** dietro presentazione di un certificato medico che attesti lo stato di malattia dell'alunno/a, con la prescrizione specifica, da parte del medico curante dei farmaci da assumere (posologia, modalità e tempi di somministrazione, conservazione del farmaco)
- La prima somministrazione del farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico ad eccezione di specifiche situazioni
- La richiesta di somministrazione farmaci, con certificazione medica e Piano Terapeutico, va presentata al/alla Dirigente Scolastico/a dai genitori consegnando la documentazione presso la segreteria, dove verrà protocollata
- La Certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico ai fini della presa in carico della richiesta dei Genitori al/alla Dirigente Scolastico/a, deve esplicitare:
    - La assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa
    - Che 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

- Il piano terapeutico, parte integrante della Certificazione dello stato di malattia redatta dal Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata), conterrà necessariamente:
  - 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

- <u>Il/la Dirigente Scolastico/a, il/la referente di plesso, il/la coordinatore/coordinatrice e tutto il Consiglio di Classe</u>:
  - Elaborano, seguendo le indicazioni degli specialisti, le procedure per la **somministrazione dei farmaci salvavita**, collaborando con la famiglia ed il medico curante
  - Contattano genitori e medico per la condivisione e compilazione della modulistica (presente sul sito della scuola)
  - Si Accordano con il medico curante per organizzare, anche online, incontri di formazione in merito alla somministrazione del farmaco, rivolti a docenti e personale ATA, in supporto alla formazione dell'ASST
  - Elaborano, con il supporto del medico curante, la stesura di <u>protocollo</u> e <u>piano d'azione</u> per la somministrazione del farmaco (descrizione accurata delle azioni che alunni, docenti e personale ATA coinvolti devono compiere in caso in cui sia necessaria la somministrazione- CHI-DOVE-COSA FA); documenti che devono essere approvati dal medico curante
  - Si accertano di eventuali modifiche nel piano di cura e modalità di somministrazione dei farmaci.
  - Individuano le disponibilità per la somministrazione da parte di docenti e personale ATA. <u>Si ricorda che Il personale scolastico in via del tutto volontaria può</u>

somministrare farmaci a condizione che tale somministrazione non debba richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica

- Garantiscono che il protocollo di somministrazione del farmaco (nel quale sono indicate le seguenti informazioni: il nome dell'alunno/a, sintomo, modalità e dose di somministrazione) ed il piano d'azione, condivisi ed approvati dal medico curante, siano conservati in luogo riservato ma noto al personale che ha dato la disponibilità (trattandosi di dati sensibili)

- Il/la Dirigente Scolastico/a invia la documentazione degli studenti, specificando patologia, farmaci e dispositivi, ad ASST (con protocollo e data), richiedendo inoltre 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. In particolare il/la Dirigente Scolastico/a trasmette alla ATS/ASST territorialmente competente i riferimenti dei casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi

- **I genitori,** o esercenti la responsabilità genitoriale, dopo avere presentato la richiesta di somministrazione farmaci:
  - Forniscono recapiti e disponibilità per eventuali contatti
  - Segnalano tempestivamente variazioni al Piano Terapeutico, con documentazione medica
  - Provvedono a fornire e rifornire regolarmente farmaci e presidi
  - Sono consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
  - Autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e lo solleva da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso

- **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
  - **Auto-somministrazione:** fermo restando quanto già indicato, l'auto-somministrazione del farmaco è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute

- *ASST*
  - *Riceve la documentazione dal/dalla Dirigente Scolastico/a*
  - *Verifica i requisiti per attivare il protocollo*
  - *Redige primo elenco alunni con prescrizioni (segnalando prescrizione adrenalina + farmaci anti crisi epilettiche prolungate)*
  - *Invia i dati aggregati a ATS (n. alunni/ patologia/adrenalina e farmaci anti crisi epilettiche prolungate/ASST)*
  - *Invia i dati AREU (cognome, nome, c.f. f., patologia, posologia, nominativo dell'istituto, nominativo del plesso scolastico, ATS di riferimento, asst di riferimento)*
  - *Aggiorna periodicamente la documentazione e invia tempestivamente a ATS E AREU*
  - *Organizza formazione per il personale scolastico (anche tramite associazioni pazienti)*
  - *Garantisce supporto e aggiornamento continuo (inclusi incontri, formazione, materiali)*

- **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, 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"**

Si allega:

- Il modulo per la richiesta di somministrazione dei farmaci, da compilare a cura dei genitori, o di chi esercita la responsabilità genitoriale, e consegnare alla dirigente scolastica **(ALLEGATO 1)**
- Modulo per la prescrizione del medico di famiglia per la somministrazione dei farmaci **(ALLEGATO 2)**, da compilare a cura del medico e consegnare unitamente alla richiesta di cui sopra
- Verbale della consegna da parte del genitore **(ALLEGATO 3)**
- Il modulo per l'autorizzazione alla somministrazione del farmaco salvavita a scuola **(ALLEGATO 4)**

Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO COMO NORD

Via Brogeda, 21 – 22100 Como - Tel. 031 541180 - fax 031 532927
cod. mecc. COIC84800L Cod. Fis. 80014100137
www.iccomonord.edu.it **e-mail:** ***COIC84800L@istruzione.it*** **pec:** ***COIC84800L@pec.istruzione.****it*

ALLEGATO 1 RICHESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

I sottoscritti _____ genitori-o esercenti la responsabilità genitoriale- dell'alunna/a_____ nata/o a_____ il _____ residente a_____ in via_____ frequentante la classe _____della scuola_____ di_____

Essendo il minore affetto da _____

e constata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico rilasciata in data _____ dal Dr_____ Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone). SI NO

Data_____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

_____

_____

In caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Data, _____ FIRMA _____

Numeri di telefono:

dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

_____ del medico curante

_____

Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO COMO NORD

Via Brogeda, 21 – 22100 Como - Tel. 031 541180 - fax 031 532927
cod. mecc. COIC84800L Cod. Fis. 80014100137
www.iccomonord.edu.it **e-mail:** ***COIC84800L@istruzione.it*** **pec:** ***COIC84800L@pec.istruzione.****it*

ALLEGATO 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e o constatata l'assoluta necessità, **SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, ALL'ALUNNA/O**

Cognome _____ Nome_____ Data di nascita_____ residente a_____

in via _____ telefono_____ classe _____ scuola_____ di_____ sita a_____ in via_____

Dirigente scolastica_____

DEI SEGUENTI FARMACI

Nome commerciale del farmaco_____

Modalità di somministrazione_____ dose_____

Orario_____ durata terapia (entro limiti 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

_____

Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO COMO NORD

Via Brogeda, 21 – 22100 Como - Tel. 031 541180 - fax 031 532927
cod. mecc. COIC84800L Cod. Fis. 80014100137
www.iccomonord.edu.it* e-mail: *COIC84800L@istruzione.it* pec: *COIC84800L@pec.istruzione.*it***

ALLEGATO 3 Verbale per la consegna del farmaco salvavita

In data_____i sig. ri_____, genitori -o esercenti la responsabilità genitoriale- dell'alunna/o _____, frequentante la classe_____ della scuola_____ di_____, consegnano confezioni integre dei seguenti medicinali, da somministrare seguendo la documentazione medica allegata

Nome medicinale	Da somministrare in caso di (sintomi)	Nella dose

Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro ma di facile accesso per la somministrazione, indicare il luogo:

_____

_____

Luogo_____ Data_____

Il genitore I docenti

_____ _____

_____

In caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Data, _____ FIRMA _____

Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO COMO NORD

Via Brogeda, 21 – 22100 Como - Tel. 031 541180 - fax 031 532927
cod. mecc. COIC84800L Cod. Fis. 80014100137
www.iccomonord.edu.it e-mail: *COIC84800L@istruzione.it* pec: *COIC84800L@pec.istruzione.it*

ALLEGATO 4

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA

A seguito della richiesta inoltrata dal/dai sig./sig.ri _____

_____ per l'alunna/o _____

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, la Dirigente Scolastica autorizza a somministrare il farmaco nei tempi e nei luoghi previsti dalla certificazione medica.

Data _____

Per conferma della disponibilità

Personale docente	Personale ATA