ISTITUTO COMPRENSIVO SANT'ELIA F
C.F. 90032250608 C.M. FRIC857001
A651E1 - IC Sant'Elia Fiumerapido Ufficio Protocollo
Prot. 0004452/U del 07/10/2022 11:01 Dirigente scol

ISTITUTO COMPRENSIVO DI SANT'ELIA FIUMERAPIDO

SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI PRIMO GRADO
C.F. 90032250608 – Cod.Mecc. FRIC857001 -C.U.U. UFZX3 E-mail: fric857001@istruzione.it - fric857001@pec.istruzione.it
Sito web: - https://www.icsantelia.edu.it/web/ - Sede Legale: Via IV Novembre snc – 03049 - SANT'ELIA FIUMERAPIDO (FR) – tel. 0776350200

Prot. [vedi segnatura]

Sant'Elia 7 ottobre 2022

A tutto il personale scolastico
A tutti i genitori
Al DSGA
Albo legale online
Sito>circolari

PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA. DISPOSIZIONI.

A seguito dell'intesa tra Regione Lazio e USR Lazio si forniscono disposizioni in merito all'attuazione del protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola, con riferimenti normativi e relativa modulistica.

Riferimenti e linee guida:

- Nota Min. P.I. prot 2312 del 25/11/2005.
- Deliberazione Regione Lazio del 17 ottobre 2017, n. 649. Approvazione della proposta di Protocollo d'Intesa "*Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico*" tra Regione Lazio e Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio.

Premessa:

L'autoassunzione e la somministrazione di farmaci agli alunni in custodia al personale scolastico è, di norma, vietata.
In alcuni casi eccezionali, però, la frequenza scolastica può essere possibile solo se l'alunno può assumere un farmaco nelle ore di scuola. In tale evenienza, la somministrazione di farmaci è possibile alle seguenti condizioni e secondo le procedure che seguono:

CONDIZIONI:

1- assoluta necessità attestata da certificazione medica
2- richiesta scritta dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale
3- prescrizione del Medico curante
4- non deve richiedere specifiche cognizioni sanitarie né discrezionalità tecniche da parte del somministratore
5- disponibilità di locali adeguati e di personale scolastico o educativo disponibile
6- in caso di assenza di personale disponibile e/o di locali adeguati è obbligatorio concordare

un programma d'intervento con il Comune e la ASL.

CHI PUO' SOMMINISTRARE IL FARMACO

- Genitori o Esercenti la potestà genitoriale, se da loro richiesto
- alunno stesso, se maggiorenne, o autorizzato dai Genitori, se minore
- persone che agiscono su delega formale dei Genitori stessi, quali familiari o persone esterne identificate dalla famiglia
- personale scolastico che abbia espresso per iscritto la propria disponibilità e che sia stato informato sul singolo caso specifico;
- personale sanitario del SSR, su richiesta d'intervento, in relazione alla particolarità della condizione dell'alunno che non dovesse consentire la somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario.

SITUAZIONI POSSIBILI:

Caso 1: TERAPIE per malattie croniche. FARMACO INDISPENSABILE.
Patologie che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento, ad esempio asma o diabete. Si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa orario, posologia e modalità di somministrazione.

Caso 2: URGENZE PREVEDIBILI - FARMACO SALVAVITA.
Patologie croniche note che possono comportare fatti acuti, come asma, diabete, epilessia.

PROCEDURA E MODULISTICA

1) I Genitori o Esercenti la potestà genitoriale presentano al Dirigente scolastico la richiesta diaccedere direttamente alla sede scolastica per:

- somministrare direttamente il farmaco
- oppure far accedere persona da loro delegata
- oppure chiedere di individuare il personale scolastico o formativo per l'effettuazione della prestazione, autorizzandone l'operato e sollevandolo da qualsiasi responsabilità ***(Allegato 1).***

La richiesta dei genitori è sempre accompagnata dalla prescrizione del Medico curante.

2) I medici curanti nella loro prescrizione ***(Allegato 2)*** specificano se si tratta di *farmaco salvavita* o *indispensabile*; nella prescrizione essi si attengono ai seguenti criteri:

- assoluta necessità;
- indispensabilità della somministrazione in orario scolastico;
- non discrezionalità di chi somministra il farmaco né per riconoscere gli **eventi** in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai **tempi** e **modalità** di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- somministrabilità da parte di personale non sanitario.

Il modulo di prescrizione deve contenere esplicitati, in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome dell'alunno
- patologia dell'alunno
- nome commerciale del farmaco
- dose da somministrare e modalità di somministrazione
- modalità di conservazione del farmaco
- durata della terapia
- effetti collaterali
- indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la primagestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche
- capacità o meno dell'alunno di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.

3) La famiglia consegna il farmaco a scuola ***(Allegato 2a).***

4) Il Dirigente scolastico verifica la disponibilità del personale (docente e non docente), preferenzialmente quello individuato ai sensi del D.M. 388/2003 e s.m.i. ovvero gli *Addetti al Primo Soccorso)*, ad effettuare la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale ***(Allegato 2b).*** La disponibilità del personale, dichiarata in forma scritta al Dirigente scolastico è portata a conoscenza dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale.

5) Il DSGA predispone la tenuta del "***registro di somministrazione***" relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascun alunno ove sia attestata ogni somministrazione e il nome dell'adultoche ha provveduto alla somministrazione o assistito alla medesima.

6) Il Dirigente scolastico invia la documentazione al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale, includendo le informazioni circa ***(Allegato 2c):***

- la presenza di un locale per l'effettuazione dell'intervento;
- la destinazione di un locale e/o di appositi spazi idonei per la conservazione dei farmaci e delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente;
- la presenza dell'attrezzatura necessaria (armadietto, frigorifero, ecc.) per la conservazione dei farmaci;
- la richiesta di formazione in situazione del personale scolastico e formativo individuato, una *opportuna formazione specifica,* effettuata dal Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia.

7) Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente scolastico perla realizzazione della *formazione in situazione*, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un'apposita scheda ***(Allegato 3).***

8) Il personale delegato dovrà annotare gli interventi eseguiti secondo le specifiche prescrizioni mediche sul "*registro di somministrazione*" di cui al punto 5)

.AUTO-SOMMINISTRAZIONE

Qualora l'alunno minorenne abbia raggiunto una *parziale autonomia* nella gestione della propria terapia farmacologica, i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale segnalano la necessità che il personale scolastico o formativo effettui "*vigilanza*" o "*affiancamento*"[1] al minore. Se viene richiesto l'affiancamento, si applica la procedura di cui ai precedenti ***artt. 1-8.*** Qualora l'alunno minorenne abbia raggiunto una *completa autonomia*[2] nella gestione della propria terapia farmacologica, i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale ne trasmettono apposita dichiarazione al dirigente scolastico o al Responsabile della struttura formativa e provvederanno a consegnare il relativo modulo compilato ***(Allegato 4)***.

[1] Per *vigilanza* si intende la sorveglianza generica sull'avvenuta auto-somministrazione da parte dell'alunno, l'*affiancamento* comprende, invece, anche il controllo delle modalità della sua esecuzione.

[2] Il momento della raggiunta completa autonomia del minore nell'auto-somministrazione del farmaco deriverà dalla valutazione congiunta della famiglia, del medico curante e/o specialista di riferimento.

GESTIONE DELL'EMERGENZA

Nei casi in cui si presenti una situazione di emergenza, resta prescritto il ricorso al Pronto Soccorso (numero unico di emergenza 112). Pertanto il personale addetto effettua le seguenti operazioni nell'ordine indicato:

1) ricorre al Servizio Emergenza (112 oppure 118)
2) informa i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale.

Quanto sopra, fatti salvi gli interventi di *primo soccorso* e quelli per la *somministrazione dei farmaci* come da protocollo terapeutico autorizzato dal Medico curante. Si raccomanda alla Referente di plesso, in caso di crisi epilettica, di non far spostare l'alunno/a bensì di prevedere lo spostamento del restante gruppo classe in altro locale al fine di consentire le azioni previste.

PASSAGGIO DELL'ALUNNO AD ALTRO ISTITUTO

In caso di passaggio o trasferimento dell'alunno ad altro Istituto o ad altro Comune, il Dirigentescolastico "*inviante*" comunica alla famiglia che è compito della stessa *(Allegato 5):*

- informare il Dirigente scolastico o il Responsabile della struttura formativa ricevente e ilDistretto sanitario del territorio di riferimento;
- fornire la necessaria documentazione.

DATI SENSIBILI

L'iter sopra descritto contempla necessariamente il trattamento di dati sensibili. Per tale ragione, tutto il personale scolastico è obbligato a osservare la dovuta riservatezza e a rispettare le procedure formali necessarie. In nessun caso i docenti e/o i collaboratori scolastici possono acquisire documentazione sanitaria consegnata dai genitori, i quali dovranno rivolgersi esclusivamente alla segreteria didattica.

Cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico
dott. Nazario Malandrino
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

31/10/2017 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 87 **Allegato 1**

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti ..... e .....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....

frequentante la classe..... della scuola.....
nell'anno scolastico....., affetto da.....
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data.....dal Dott.....

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra

☐ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

- La vigilanza del personale scolastico/formativo *(sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)*
- L'affiancamento del personale scolastico/formativo *(controllo delle modalità di autosomministrazione)*

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.
Si consegnano n..... confezioni integre, Lotto..... scadenza .....
Si allega prescrizione medica.
Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione dellavolontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Data,_____ Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

_____ _____

Numeri utili	
Telefono fisso	NOTA BENE La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico. La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia
Telefono cellulare	
Telefono Medico curante Dott	

Allegato 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO

Cognome……Nome……

Nato il……a ……

Residente a ……

In via……

Frequentante la classe……della scuola……

sita a ……in Via……

Dirigente scolastico……

Affetto da ……

Nome commerciale del farmaco da somministrare: ……

Modalità di somministrazione: ……

Orario: 1^ dose ……; 2^ dose……; 3^ dose……; 4^ dose… ……

Durata della terapia:……

Modalità di conservazione:……

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si trattidi farmaco salvavita *(barrare la scelta):*

□ Parziale autonomia □ Totale autonomia

TERAPIA D'URGENZA

Nome commerciale del farmaco da somministrare:
…….....

Descrizione dell'**evento** che richiede la somministrazione:…….....……
……
……
……
……

Dose:.....

Modalità di somministrazione:……
.....
.....
.....

Modalità di conservazione:.....
.....
.....

Note.....

Specificare se trattasi di [ ] farmaco salvavita o [ ] farmaco indispensabile (*barrare con X*)

Indicare la necessità di formazione specifica da parte del Servizio Sanitario nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

□ Sì
□ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte del Servizio Sanitario
……
.....

Data, ...

Timbro e Firma del Medico curante

Allegato 2A "salvavita"

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data ..... alle ore ..... la/il sig. .....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

consegna alla segreteria scolastica una confezione nuova e integra del medicinale

.....

da somministrare al/alla bambino/a come da **PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (allegato 2)**

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 suddetta somministrazione.
- 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 mediante consegna di piano di somministrazione aggiornato**.

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

....

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione dellavolontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

_____ _____

Data,_____

Allegato 2A "indispensabile"

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data ..... alle ore ..... la/il sig. .....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

consegna alla segreteria scolastica una confezione nuova e integra del medicinale..... da somministrare al/alla bambino/a come da **PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (allegato 2)** 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 mediante consegna di piano di somministrazione aggiornato**.
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

....

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione dellavolontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

_____ _____

Data,_____

Allegato 2b

Sant'Elia Fiumerapido, ……

ASL - DISTRETTO D -FROSINONE –
Indirizzo: Via De Bosis – 03043 Cassino;
Telefono: 0775.8821 – 5742;
Email: distrettod@aslfrosinone.it.
Al Direttore Sanitario

OGGETTO: invio documentazione alunno/a……*(iniziali)* e richiesta *"formazione in situazione"*.

In attuazione dell'art. 7.5. del Protocollo "*Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico"* tra Regione Lazio e Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio si invia al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale la documentazione relativa all'alunno….. *(….iniziali)….* , includendo le seguenti informazioni circa:

1) **la presenza di un locale per l'effettuazione dell'intervento:**

……

……

2) **la destinazione di un locale e/o di appositi spazi idonei** per la conservazione dei farmaci e delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente:

……

……

3) **la presenza dell'attrezzatura necessaria** (armadietto, frigorifero, ecc.) per la conservazionedei farmaci:

……

……

Si richiede inoltre, con la presente, la *formazione in situazione* del personale scolastico e formativo individuato da questo istituto da effettuare mediante il coinvolgimento del Medico curante e della famiglia.

Il dirigente scolastico

allegato 2c

Al Personale Docente
Al Personle ATA
e, p.c. al DSGA

Oggetto: trasmissione PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE *(allegato 2)* per somministrazione farmaco **salvavita e/o indispensabile e richiesta disponibilità al personale scolastico.**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
dal/iSig.....
per il/la figlio/a.....
frequentante la classe ..... scuola ..... presso questo Istituto, relativa alla somministrazione del farmaco**,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco nel rispetto delle procedure comunicate e dell'allegata PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE *(allegato 2)*.
Contestualmente si trasmette la PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE *(allegato 2)* per la somministrazione del farmaco e si richiede al personale scolastico conferma espressa della disponibilità a procedere alla somministrazione previa formazione prevista da protocollo.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Per presa visione della prescrizione medica e conferma della disponibilità:
(da restituire firmato)

Personale Docente:	Barrare X per presa visione	SI / NO

Personale ATA:	Barrare X per presa visione	SI/NO

Luogo e Data ..... il .....

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno……

Frequentante la classe…… istituzione scolastica ……
Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e profilo professionale

……

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

……

……

……

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

……

……

……

Firma Operatore Sanitario …… Firma Operatore Scolastico/Formativo ……

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO

……

……

……

Firma Operatore Sanitario …… Firma Operatore Scolastico/Formativo ……

CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimentodella piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Data…… Firma Operatore Sanitario ……

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado dicompiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data…… Firma Operatore Scolastico/Formativo……

3. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno……, con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)…… Firma (madre)……

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

……

(Allegato 4):

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura di entrambi i 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 .....

Considerato che il minore effetto da .....

e constatata l'assoluta necessità attestata da **certificazione medica**, 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 PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE *(allegato 2)* rilasciata in data ..... dal dott. .....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogniresponsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i datiidonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data ..... il .....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:
Pediatra di libera scelta/medico curante .....
Genitore .....
Genitore .....

Allegato 5

Ai genitori dell'alunno …..
Sede

e, p.c. al DSGA

Oggetto: comunicazioni obbligatorie in caso di passaggio dell'alunno a un altro istituto.

Si informano le SSLL che secondo quanto stabilito dal Protocollo d'Intesa tra Regione Lazio e Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio *"Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico"*, in caso di passaggio dell'alunno ad altro istituto scolastico, la famiglia ha il compito di:

- informare il Dirigente scolastico o il Responsabile della struttura formativa ricevente e ilDistretto sanitario del territorio di riferimento;
- fornire la necessaria documentazione per la somministrazione del farmaco.

Cordiali saluti.

Il Dirigente scolastico