

LICEO "NOLFI-APOLLONI"

ARTISTICO- CLASSICO – LINGUISTICO – SCIENZE UMANE /ECONOMICO-SOCIALE-

Via dei lecci n. 8 - 61032 Fano (Italia) - Tel: (+39) 0721 803147 –

E-mail: pspc06000d@istruzione.it - PEC: pspc06000d@pec.istruzione.it

C.F. 90020750411

LICEO "NOLFI-APOLLONI" FANO
Prot. 0018829 del 17/09/2022
I-4 (Uscita)

Ai Docenti

A tutti gli operatori scolastici

Al personale Ata

Pubblicazione in Bacheca

Ai Genitori

Pubblicazione al Sito

16.09.2022

Circolare n. 13

Procedura per somministrazione farmaci a scuola

Ad integrazione della circolare n. 12 del 15.09.2022 (dedicata alle procedure per patologie diabetiche e allergiche) si danno indicazioni di carattere generale per la somministrazione farmaci in contesto scolastico.

In allegato anche la modulistica relativa, che sarà anche reperibile nel sito della scuola.

Premessa

L'esistenza di problematiche 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 ed 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 può essere supportata da una "formazione in situazione" riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
4. nei casi in cui 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.

In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso:

- * di effettiva e assoluta necessità determinata da situazioni di patologie croniche invalidanti e di patologie acute pregiudizievoli della salute;
- * che la somministrazione non possa avvenire al di fuori dell'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. 1**), autorizzazione medica (**All. 2**) 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. La richiesta ha validità annuale e quindi va ripetuta annualmente.

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

La documentazione andrà consegnata in segreteria, durante l'orario d'ufficio, all'Ufficio Didattica. Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da modulo allegato (**All. 3**)

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 auto-somministrarsi 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. 4**).

Il genitore/tutore fornisce quindi alla scuola:

- 1- la documentazione prescritta, completa di recapiti telefonici a cui sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze;
- 2- il farmaco, tenendo nota della scadenza, così da garantire, soprattutto nelle terapie continuative, la validità del prodotto in uso.

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.

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.

GESTIONE DELL'EMERGENZA

Resta in ogni modo prescritto il ricorso al **Servizio Territoriale Emergenza (118)** nei casi in cui ci sia la necessità di interventi non precedentemente richiesti/autorizzati dal genitore/tutore e non differibili in relazione alla gravità dell'evento.

PER LA GESTIONE A SCUOLA DELLE GRAVI PATOLOGIE

Si fa riferimento agli opuscoli informativi presenti sul sito del liceo: con le indicazioni generali per la gestione della crisi epilettica prolungata, per la gestione della crisi ipoglicemica in diabetico, per la gestione di crisi asmatica.

Il dirigente scolastico
prof. Samuele Giombi

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate,
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO (da compilare annualmente a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti

Cognome Nome
 Cognome Nome
 Residenti * in
 Via/Piazza Telefono
 * (indicare entrambe le residenze se diverse)
 genitori dell'alunno

 frequentante la classe dell'Istituto

preso atto dell'assoluta necessità

AUTORIZZANO / AUTORIZZA

la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci indicati dal medico, come da allegata autorizzazione rilasciata in data dal Dott., secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

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

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Eventuali altre indicazioni per la scuola:

.....

Privacy policy

Con la presente clausola il liceo Nolfi Apolloni di Fano (PU) dichiara che il trattamento dei dati personali forniti sarà effettuato in conformità alla normativa privacy. Inoltre, dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Dichiara altresì che: i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; l'interessato potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto dalla normativa vigente; il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore.

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente.

Data

Firma degli esercenti la responsabilità genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

Medico curante: tel. amb..... cell./mail.
 Genitori: tel casa cell.

AUTORIZZAZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome

Luogo e Data di nascita

Residente Telefono

Scuola Classe

Dirigente scolastico

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco:
.....

Dose e modalità di somministrazione:
.....
.....

Orario: 1a dose 2a dose 3a dose 4a dose

Possibili effetti collaterali ed intervento necessario per affrontarli:
.....
.....

Durata terapia:

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

Evento:
.....
.....

Avvertenze:
.....
.....

Eventuali note di primo soccorso:
.....
.....

Data

Timbro e firma del medico

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita/indispensabile**

all'alunno/a frequentante la classe

A seguito della richiesta inoltrata, al Dirigente Scolastico dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita/indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato 2.

Luogo e Data il

Il dirigente scolastico

Fano,

Per presa visione

Personale Docente

Personale ATA

Allegato 4

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

I sottoscritti.....
genitori di.....nato ail.....
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 in data
dal dott.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente.

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

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri utili