

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PROG. NAZIONALE DI SPESSE PER LA SALUTE

Istituto Statale d'Istruzione Secondaria Superiore

TECNICA COMMERCIALE - SCIENTIFICA - PROFESSIONALE

"Caduti della Direttissima"

Uffici Amministrativi e Presidenza - Via Toscana n.21 - 40035 Castiglione dei Pepoli (BO)

Codice Fiscale 92004610371 - Tel.0534803511

E-mail: bois009009@istruzione.it; Sito web: www.isicast.edu.it; pec: bois009009@pec.istruzione.it



PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

A.S. 2023-2024

Approvato dal Collegio dei Docenti il 17/11/2021

Oggetto del presente protocollo sono le procedure finalizzate all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Legge 104 del 05/02/1992: legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate e legge n. 118/1971 sullo status dell'invalidità civile e successive modifiche

Raccomandazioni del Ministro dell'istruzione e del ministro della salute per la somministrazione di farmaci in orario scolastico del 25 novembre 2005

Linee di indirizzo per la definizione di intese provinciali inerenti la somministrazione di farmaci a minori in contesti extra-familiari, educativi o scolastici, in Emilia-Romagna, Giunta della Regione Emilia Romagna del 20/2/2012

Accordo di programma metropolitano per l'integrazione scolastica e formativa di bambini, alunni e studenti con disabilità (L. 104/1992) 2016 - 2021

Legge Regionale 19/2018: Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria

Il Protocollo è stato elaborato per garantire la frequenza educativa, scolastica e formativa a quei bambini e ragazzi che necessitano una terapia farmacologica da somministrarsi in orario

scolastico. Il gruppo interistituzionale provinciale è stato coordinato dal Servizio Scuola e Formazione e dal Servizio Politiche Sociali e per la salute della Provincia con la collaborazione attiva di Enti locali, delle Istituzioni Scolastiche pubbliche e paritarie, delle Aziende sanitarie di Bologna e Imola, dell'Ufficio Scolastico Territoriale, degli Enti di formazione e delle Associazioni delle famiglie.

QUANDO SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA

La somministrazione di farmaci deve avvenire solamente sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'AUSL e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica. La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori, o dallo studente se maggiorenne, assieme alla certificazione rilasciata dal medico curante.

Procedura di intervento: La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo.

Il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno:

- Sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare 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)
- Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.

Il Dirigente scolastico si impegna a:

- Organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato.
- Fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo protocollo.
- Richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (allegato 1 e 2).
- Individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci.
- Autorizzare, se prevista e certificata, l'autosomministrazione del farmaco.
- Concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica).
- Verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed

ATA, in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D.M. 388/03); (allegato 4).

- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.
- Coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali ogni volta risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni.

Il personale scolastico si impegna a:

- Collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente.
- Partecipare a momenti di formazione congiunta con personale specializzato.
- Segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata.
- Provvedere alla somministrazione del farmaco.
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

Le famiglie si impegnano a:

- Segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico.
- Consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna. (allegato 3)
- Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisce.
- Informare tempestivamente di eventuali variazioni nella terapia prescritta.
- Consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste.

GESTIONE DELLE EMERGENZE

Resta prescritto il ricorso al Sistema sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite/visite didattiche, attività sportive, etc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile. In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco. Il Consiglio di Classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati quando ciò è previsto dalla stessa e da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (Allegati 1 e 2). Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione.

FANNO PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE PROTOCOLLO

Allegato 1 Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 3 Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Allegato 4 Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 5 Disponibilità a somministrare i farmaci

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Istituto Statale d'Istruzione Secondaria Superiore

TECNICA COMMERCIALE - SCIENTIFICA - PROFESSIONALE

"Caduti della Direttissima"

Uffici Amministrativi e Presidenza - Via Toscana n.21 - 40035 Castiglione dei Pepoli (BO)

Codice Fiscale 92004610371 - Tel.0534803511

E-mail: bois009009@istruzione.it; Sito web: www.isicast.edu.it; pec: bois009009@pec.istruzione.it



Allegato 1

Da Protocollo farmaci metropolitano 2019

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Alla Dirigente Scolastica

I.I.S. Caduti della Direttissima

Castiglione dei Pepoli (BO)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)..... in qualità di
genitore/tutore dello/a alunno/a (Cognome e Nome)..... Nato/a
ail..... residente a

.....in Via..... che frequenta la
sezione/classe scuola

in Via Cap

Comune.....Prov. consapevole che il personale
educativo / scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla
somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO (barrare la scelta):

Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata. A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

Che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

.....
nei seguenti giorni ed orari:

.....

In fede Firma del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

Data

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Istituto Statale d'Istruzione Secondaria Superiore

TECNICA COMMERCIALE - SCIENTIFICA - PROFESSIONALE

"Caduti della Direttissima"

Uffici Amministrativi e Presidenza - Via Toscana n.21 - 40035 Castiglione dei Pepoli (BO)

Codice Fiscale 92004610371 - Tel.0534803511

E-mail: bois009009@istruzione.it; Sito web: www.isicast.edu.it; pec: bois009009@pec.istruzione.it



Allegato 2

Protocollo farmaci metropolitano 2019 - per la comunicazione alla Scuola di assunzione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico

Alla Dirigente Scolastica

I.I.S. Caduti della Direttissima

Castiglione dei Pepoli (BO)

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)..... Nato/a a
..... il..... residente a
..... in Via..... tel.
..... studente/studentessa che frequenta la classe
..... della scuola / ente di formazione professionale
..... sita in ViaCap
..... ComuneProv.
..... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni
sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni (barrare la scelta)
CHIEDO

che mi sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

COMUNICO

che assumo il farmaco / effettuo specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata.

In fede

Firma dell'interessato/a

Data

Protocollo farmaci metropolitano 2019 –

Servizio di

Certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito educativo/scolastico

Alla Dirigente Scolastica

I.I.S. Caduti della Direttissima

Castiglione dei Pepoli (BO)

Constatata la assoluta necessità si prescrive la somministrazione dei farmaci sottoindicati in orario ed ambito educativo/scolastico al/alla alunno/a

Cognome e Nome data e luogo di
nascita..... residente a
..... in Via e
n° tel famiglia
frequentante la sezione / Classedella,Scuola
.....

A) Somministrazione quotidiana del farmaco Nome commerciale

.....

B) Durata della terapia: per tutto l'anno educativo / scolastico in corso dal

..... al

C) Modalità di conservazione

.....

.....

D) Nota

.....

E) ORARIO DOSE MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenni ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI'

NO

Somministrazione al bisogno / in emergenza

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....

Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia:

per tutto l'anno educativo / scolastico in corso

dal al

Modalità di conservazione

.....

Nota:

.....

ORARIO DOSE MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenni ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI'

NO

Data

Medico AUSL

Protocollo farmaci metropolitano 2019 –

AUSL Servizio di

Certificazione per le attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito educativo / scolastico

Alla Dirigente Scolastica

I.I.S. Caduti della Direttissima

Castiglione dei Pepoli (BO)

Constatata la assoluta necessità si prescrive il bambino – a/ alunno - a Cognome e Nome

..... data e luogo di

nascita..... residente a

..... in Via e

n°..... tel famiglia frequentante la sezione /Classe

..... della Scuola la seguente

attività a supporto vitale:.....

.....

Durata dell'attività:

per tutto l'anno educativo / scolastico in corso

dal al

Data

Medico AUSL (Timbro e Firma)

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Istituto Statale d'Istruzione Secondaria Superiore

TECNICA COMMERCIALE - SCIENTIFICA - PROFESSIONALE

"Caduti della Direttissima"

Uffici Amministrativi e Presidenza - Via Toscana n.21 - 40035 Castiglione dei Pepoli (BO)

Codice Fiscale 92004610371 - Tel.0534803511

E-mail: bois009009@istruzione.it; Sito web: www.isicast.edu.it; pec: bois009009@pec.istruzione.it



Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Alla Dirigente Scolastica

I.I.S. Caduti della Direttissima

Castiglione dei Pepoli (BO)

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/la sottoscritto/a..... docente / personale ATA dell'I.I.S. Caduti della Direttissima di Castiglione dei Pepoli (BO), considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....della classe..... dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

DATA

FIRMA

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Istituto Statale d'Istruzione Secondaria Superiore

TECNICA COMMERCIALE - SCIENTIFICA - PROFESSIONALE

"Caduti della Direttissima"

Uffici Amministrativi e Presidenza - Via Toscana n.21 - 40035 Castiglione dei Pepoli (BO)

Codice Fiscale 92004610371 - Tel.0534803511

E-mail: bois009009@istruzione.it; Sito web: www.isicast.edu.it; pec: bois009009@pec.istruzione.it



Protocollo farmaci metropolitano 2019 - ALLEGATO N. 6

Registro individuale per la somministrazione dei farmaci / attività a supporto di alcune funzioni vitali

Dal mese di a ANNO

I.I.S. Caduti della Direttissima Via Toscana 21 Castiglione dei Pepoli (BO)

nome e cognome dell'alunno/a.....

sezione / classe

tipo di somministrazione (occasionale, quotidiano, di emergenza):

nome del farmaco: scadenza:

luogo di conservazione:

Data somministrazione	Ora Farmaco/Attività a supporto di alcune funzioni vitali	Quantità somministrata /intervento eseguito	Nome e cognome somministratore/ attuatore dell'intervento	Firma somministratore/ attuatore dell'intervento	Note

