

Protocollo per la somministrazione di farmaci salvavita in ambito scolastico

Il protocollo è stato redatto sulla base delle "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico, predisposte congiuntamente dal Ministero dell'Istruzione e dal Ministero della Salute, pubblicate e diffuse con Nota 2312 del 25/11/2005 del Ministero dell'Istruzione.

Premessa

Gli studenti che frequentano ogni ordine e grado di scuola, a causa di patologie acute o croniche, possono avere la necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico, durante l'orario di scuola.

Tale necessità, soprattutto per quanto riguarda le patologie croniche (es. diabete giovanile), non può costituire ostacolo alla frequenza scolastica dell'alunno in quanto l'essere portatori di una patologia cronica non deve costituire fattore di emarginazione per lo studente.

Le problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico sono da tempo all'attenzione delle Istituzioni e richiamano alla centralità dell'alunno e alla conseguente priorità di tutelarne la salute ed il benessere.

L'assistenza specifica agli alunni che esigono la somministrazione di farmaci generalmente 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. Tale attività di assistenza specifica rientra in un protocollo terapeutico stabilito dal Medico Curante (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) e/o dal Medico Specialista, la cui omissione può causare gravi danni alla persona.

Pertanto, al fine di evitare incongrue somministrazioni di farmaci in ambito scolastico, ma nel contempo per salvaguardare il diritto alla cura degli studenti portatori di patologia cronica e garantire un approccio omogeneo alla gestione della somministrazione dei farmaci in ambito scolastico, si rende necessario regolamentare i percorsi d'intervento e di formazione in tutti i casi in cui, in orario scolastico, si registra la necessità di somministrare farmaci.

Si conviene quanto segue

Punto 1:

- In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute (v. punto 7)
- In ambito scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico e la cui omissione può causare danni alla salute dell'alunno.
- **La somministrazione può avvenire solamente in virtù di un rapporto fiduciario fra genitori ed operatori scolastici.**

- Da parte degli operatori scolastici possono essere somministrati solamente farmaci somministrabili anche in ambiente domestico principalmente per via orale, aerosol e simili; la somministrazione di farmaci per via parenterale è prevista solo in caso di urgenza e per rarissimi casi particolari (di cui al punto7).
- L'assistenza specifica è supportata da una "formazione in situazione", riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza prevista dal Decreto Legislativo 81/08 e dal D. M. 388/2003.

Punto 2: iter procedurale

- La richiesta di somministrazione del farmaco deve essere inoltrata da parte di uno dei genitori o dal tutore al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo allegato, valido solo in presenza della prescrizione alla somministrazione rilasciata dal Medico Curante dalla quale si evinca:
 - l'assoluta necessità,
 - la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
 - la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.
- La prescrizione medica deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:
 - nome e cognome dell'alunno;
 - principio attivo e nome commerciale del farmaco da utilizzarsi;
 - dose da somministrare;
 - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - durata della terapia
- Può essere avanzata anche richiesta di somministrazione durante l'orario scolastico da parte di un genitore o di persona da lui designata che il tal caso potrà essere ammessa nella scuola per effettuare la somministrazione.
- La validità della richiesta è limitata all'anno scolastico in corso e va rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico e nel caso di variazione del farmaco o di una delle condizioni descritte.
- Nel caso in cui il Dirigente Scolastico, sentito anche il parere del Medico Competente dell'Istituto, ravvisasse l'incongruità della richiesta, richiede per iscritto parere all'ASL attraverso il Distretto SocioSanitario di appartenenza della Scuola.

Punto 3: il Dirigente Scolastico

- Autorizza la somministrazione del farmaco, una volta acquisita la documentazione da parte del genitore/tutore;
- Individua preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D. M. 388/03) gli operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici, personale educativo) disponibili a somministrare i

farmaci, ai quali deve essere garantita prioritariamente l'informazione e formazione specifica;

- Si fa garante dell'organizzazione dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci avvalendosi degli operatori scolastici opportunamente formati;
- Organizza momenti informativi/formativi per il personale, con la collaborazione del personale dell'ASL come da allegato "Riferimenti distrettuali";
- Garantisce la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso;
- Garantisce un luogo idoneo per la somministrazione della terapia.

Punto 4: il personale scolastico, docente e non docente

Il personale scolastico, docente e non docente, che ha dato la propria disponibilità a somministrare il farmaco:

- Partecipa ai momenti formativi/informativi organizzati dal Dirigente Scolastico;
- Provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella richiesta;
- È sollevato da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica, se effettuata nelle modalità concordate.

In ogni caso, il personale scolastico è obbligato alle prime e più semplici manovre di primo soccorso, in caso di emergenza sanitaria.

Punto 5: il genitore/tutore

- Fornisce al Dirigente Scolastico la documentazione prescritta;
- Fornisce al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze;
- Fornisce il farmaco, tenendo nota della scadenza, e provvedendo per tempo a richiedere la sua sostituzione da parte dei familiari.

Punto 6: L' ASL

- Si rende disponibile all'organizzazione di incontri di informazione e/o formazione degli operatori scolastici su particolari patologie (diabete, allergie e intolleranze alimentari, asma, crisi epilettiche);
- Organizza la gestione dei casi clinici più complessi, attraverso incontri che coinvolgono le parti interessate (familiari, operatori scolastici, medici curanti ecc.);
- Esprime pareri su richiesta del Dirigente Scolastico;
- Qualora sia necessario l'intervento di un operatore sanitario per la somministrazione per via parenterale di insulino terapia, reperisce le risorse umane attraverso l'intervento del Direttore del Distretto.

Punto 7: autosomministrazione

L'autosomministrazione di farmaci da parte degli studenti da incentivare in alcune situazioni cliniche come diabete giovanile ed asma allergico- è resa possibile previa richiesta su apposito modulo da parte del genitore al Dirigente Scolastico, in riferimento ad una precisa prescrizione rilasciata dal medico curante;

E' da ritenersi sconsigliata, salvo valutazione caso per caso, l'autosomministrazione in studenti con età inferiore ai dodici anni;

Nel caso di studenti maggiorenni, verrà fatta comunicazione, da parte dello studente, al Dirigente Scolastico per presa d'atto da parte di quest'ultimo.

Punto 8: 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'intervento.

Punto 9: verifiche

Le parti si impegnano periodicamente almeno 1 volta all'anno o su richiesta, a verificare i risultati dell'accordo e a ridefinire le modalità e le procedure individuate.

**RICHIESTA ed AUTORIZZAZIONE
alla somministrazione farmaci in ambito scolastico**

Il/la sottoscritto/a _____ genitore/tutore legale del minore
_____ frequentante la classe/sezione _____
della scuola _____

chiedono

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologia continuata in ambito scolastico, come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal dottor _____ e che allego.
- la somministrazione allo stesso, in ambito scolastico, di terapia farmacologia al bisogno come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal dottor _____ e che allego.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di seguito descritta.

- la possibilità che lo stesso si autosomministri la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica in mio possesso.
 - in via continuativa
 - al bisogno

Farmaco _____
Dosi _____
Orari (se continuativa) _____
Oppure in caso di _____
Modalità di conservazione _____

Con la presente acconsento anche 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).

Data e firma dei genitori o di chi ne fa le veci

**RICHIESTA di AUTOSOMMINISTRAZIONE
di farmaci in ambito scolastico per studenti maggiorenni**

Io sottoscritto/a _____
Nato a _____ in data _____
frequentante la classe/sezione _____
della scuola secondaria _____

comunico

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

Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Modalità di conservazione _____

Data e Firma

MODELLO ASMA

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno/a:
cognome e nome _____ nato il _____
a _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO/A E' AFFETTO/A DA _____
(patologia per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

Pertanto, in caso di urgenza, alla comparsa dei seguenti sintomi:
**tosse secca e stizzosa (insorta spontaneamente o dopo sforzo fisico), respirazione difficoltosa,
talvolta accompagnata da fischi o sibili, senso di costrizione al torace,**

TERAPIA PRESCRITTA (nome del farmaco e dose da somministrare)

Luogo e data	Firma e timbro del medico
--------------	---------------------------

MODELLO SHOCK ANAFILATTICO

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno/a:
cognome e nome _____ nato il _____
a _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO/A E' AFFETTO/A DA _____
CON RISCHIO DI SHOCK ANAFILATTICO
(patologia per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

Pertanto, in caso di urgenza, alla comparsa dei seguenti sintomi:
**prurito localizzato o generalizzato, eritema diffuso, orticaria, dolori, crampi addominali, nausea,
vomito, edema (gonfiore) del viso con difficoltà a deglutire, tosse e difficoltà respiratoria,
collasso cardiocircolatorio con perdita di coscienza**

TERAPIA PRESCRITTA (nome del farmaco e dose da somministrare)

Luogo e data	Firma e timbro del medico
--------------	---------------------------

MODELLO CONVULSIONI FEBBRILI ED EPILETTICHE

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell' alunno/a:
cognome e nome _____ nato il _____
a _____

DICHIARA

CHE L' ALUNNO/A E' AFFETTO/A DA _____
(patologia per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

Pertanto, in caso di urgenza, alla comparsa dei seguenti sintomi:

presenza di contrazioni agli arti con irrigidimento muscolare, retroversione degli occhi, possibile caduta a terra, possibile difficoltà respiratoria

TERAPIA PRESCRITTA (nome del farmaco e dose da somministrare)

Luogo e data	Firma e timbro del medico
--------------	---------------------------

MODELLO CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE INSULINO-DIPENDENTE

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell' alunno/a:
cognome e nome _____ nato il _____
a _____

DICHIARA

CHE L' ALUNNO/A E' AFFETTO/A DA _____
(patologia per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

Pertanto, in caso di urgenza, alla comparsa dei seguenti sintomi:

**pallore, sudorazione fredda, mal di testa, tremori, dolori e crampi addominali, debolezza,
confusione, disturbi visivi, difficoltà a parlare e camminare, tremori, parestesie, convulsioni,
perdita di coscienza**

TERAPIA PRESCRITTA (nome del farmaco e dose da somministrare)

Luogo e data	Firma e timbro del medico
--------------	---------------------------