



Repubblica Italiana

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E RICERCA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SAN VERO MILIS

Via Umberto I n.12 09070 San Vero Milis (OR) Tel. ☎ 0783 53670 fax 📠 0783 558128 P.IVA 90027760959

oric81200v@istruzione.it Oric81200v@pec.istruzione.it www.icsanveromilis.gov.it

PROTOCOLLO PROCEDURA DI GESTIONE ALUNNI NECESSITANTI INTERVENTI DI ASSISTENZA E LA SOMMINISTRAZIONE DI SOSTANZE NON FARMACOLOGICHE/FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO IN ESCLUSIVA APPLICAZIONE SENZA DISCREZIONALITÀ TECNICA DI ISTRUZIONI DETTATE DA PERSONALE MEDICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

VISTO il documento "Atto di Raccomandazioni del 25 novembre 2005 contenente le Linee-Guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico, predisposto dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute;

VISTO il mancato rinnovo del Protocollo d'Intesa del 29 Ottobre 2015 tra USR Sardegna e RAS "percorso per favorire l'inserimento e/o reinserimento del bambino e dell'adolescente con diabete in ambito scolastico" e del Protocollo d'Intesa del 17 Ottobre 2017 tra USR Sardegna e RAS "percorso per favorire l'inserimento e/o reinserimento del bambino e dell'adolescente con diabete in ambito scolastico- Eventi di formazione /addestramento per operatori scolastici.

VISTO che occorre predisporre, ai sensi della nota MIM pro. 2312 del 25/11/2005, d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale, l'ATS Sardegna, gli enti e le associazioni locali, un protocollo sostitutivo funzionale a garantire i previsti interventi ai fini della tutela del diritto allo studio, alla salute e al benessere degli alunni interessati in ambito scolastico.

CONSIDERATA la necessità di regolamentare questo settore in modo da porre il Dirigente dell'Istituzione scolastica nelle condizioni di adottare delle prassi uniformi in tutto l'Istituto Comprensivo;

PREMESSO CHE

1 – Sono sempre più frequenti gli studenti che necessitano interventi di assistenza in orario scolastico, in esclusiva applicazione di istruzioni dettate da personale medico del ssn che non comportino cognizioni specialistiche di tipo sanitario e valutazioni di ordine discrezionale tecnico da parte del personale scolastico che si rendesse eventualmente disponibili, in particolare della somministrazione di farmaci in orario scolastico, specie in relazione a patologie documentate e di una certa gravità. La scuola perciò è chiamata a operare per garantire loro la frequenza scolastica, poiché l'essere portatore di patologia cronica non può costituire fattore di emarginazione, tutelandone nel contempo la salute e il benessere;

2 – la presenza di tali situazioni richiama pressantemente all'attenzione delle istituzioni coinvolte la centralità dell'alunno e la conseguente consapevolezza della priorità di tutelarne la salute e il benessere e pone la necessità urgente di predisporre un accordo convenzionale, il più possibile condiviso tra i soggetti istituzionali coinvolti nella tutela della salute degli studenti, che individui un percorso di intervento nelle singole situazioni.

3 – Per regolamentare in modo unitario i percorsi d'intervento e di formazione in tutti i casi in cui, in orario scolastico, si registri la necessità di somministrare i farmaci sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal medico curante, i soggetti istituzionali coinvolti convergono di articolare il presente Protocollo di Intesa.

VALUTATO CHE

- 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;

- Tale attività deve rientrare in un protocollo terapeutico stabilito caso per caso dal medico curante, la cui scrupolosa osservanza è di fondamentale importanza per la sicurezza della persona;

- La prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 – Protocollo Terapeutico e criteri adottati dai medici curanti per autorizzare l'esecuzione di interventi di assistenza e la somministrazione di sostanze non farmacologiche/farmaci in orario scolastico:

- l'esecuzione di interventi di assistenza e la somministrazione di sostanze non farmacologiche/farmaci a scuola devono essere autorizzati dai medici del Servizio di pediatria del Servizio Sanitario Nazionale, dai Pediatri di Libera Scelta e/o dai Medici di Medicina Generale sulla base di documentazione comprendente la certificazione medica dello stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita/indispensabile;

- l'autorizzazione viene rilasciata su richiesta dei genitori degli studenti, che presentano ai medici la documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso.

I criteri a cui si atterrano i medici per rilasciare le autorizzazioni sono:

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità tecnica dell'esecuzione di interventi di assistenza e la somministrazione di sostanze non farmacologiche/farmaci, sia in relazione agli eventi in cui occorre metterli in atto, sia in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Il modulo di autorizzazione, deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile:

- nome e cognome dello studente;
- nome commerciale della sostanza non farmacologica/farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione della sostanza non farmacologica/farmaco (con l'attivazione della formazione in situazione in casi specifici);
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione e di conservazione della sostanza non farmacologica/farmaco;
- durata della somministrazione/terapia.

Art. 2 – Compiti della Famiglia

La famiglia, consegnerà al Dirigente Scolastico:

- la richiesta interventi di assistenza e la somministrazione di sostanze non farmacologiche/farmaci salvavita/indispensabile, in orario scolastico, con il proprio consenso alla attuazione degli stessi, tramite un modulo di autorizzazione apposito, da parte di personale sanitario/non sanitario (fac-simile allegato);
- il modulo di autorizzazione rilasciato dai Servizi di Pediatria del S.S.N., dai Pediatri di Libera Scelta e/o dai Medici di Medicina Generale (fac-simile allegato);
- gli interventi di assistenza e la somministrazione di sostanze non farmacologiche/farmaci prescritti in confezione integra da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento, mediante verbale di consegna (fac-simile allegato)

-Art.3- Compiti delle Istituzioni Scolastiche

Il Dirigente Scolastico, acquisiti la richiesta dalla famiglia e il modulo di autorizzazione rilasciato dagli organi competenti, valutata la fattibilità organizzativa:

- costruisce, con tempestività, insieme al medico curante uno specifico Piano Individuale di Intervento ordinario/straordinario urgente (fac-simile allegato) comprensivo di procedure tese a garantire una corretta esecuzione degli interventi di assistenza e la somministrazione di sostanze non farmacologiche/farmaci conservazione dei farmaci, la formazione degli operatori scolastici per la gestione dell'emergenza, gli operatori sanitari/non addetti, nonché la tutela della privacy;
- individua il gruppo di operatori sanitari e/o scolastici disponibili (infermieri, docenti, non docenti, personale educativo/assistenziale o altro) per la esecuzione degli interventi di assistenza e la somministrazione di sostanze non farmacologiche/farmaci;
- acquisisce eventuali disponibilità di altri operatori sanitari e/o scolastici e non, adeguatamente formati per la esecuzione degli interventi di assistenza e la somministrazione di sostanze non farmacologiche/farmaci in orario scolastico;
- cura l'esecuzione di quanto indicato nel modulo, coinvolgendo eventualmente anche la famiglia, dopo aver individuato gli operatori sanitari e/o scolastici e non con la necessaria formazione;
- nei casi in cui si presentassero criticità nell'applicazione del presente protocollo d'intesa e per quanto non espressamente previsto, si farà riferimento alle Raccomandazioni emanate dal Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, e dal Ministro della Salute, circa la somministrazione dei farmaci in orario scolastico (Moratti - Storace, 25/11/2005).

Art. 4 – Gestione dei casi particolari/eccezionali

Il Dirigente Scolastico per casi particolari, in cui si renda necessario elaborare specifici Piani Individuali di Intervento ordinario/straordinario urgente per l'attività di "formazione della situazione di emergenza" rivolta agli operatori scolastici, che prevedano il coinvolgimento di specialisti e/o dei medici curanti, può avvalersi del supporto anche dei Servizi della ATS di Oristano.

In casi eccezionali per la particolarità della situazione socio-sanitaria del bambino e/o della famiglia e/o della Scuola nei quali, nonostante gli opportuni interventi di informazione e formazione di cui sopra, permanesse l'impossibilità di realizzare la somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario, si potrà prevedere il ricorso ad altre forme assistenziali da studiare di volta in volta e comunque attraverso richiesta al Distretto dei servizi socio sanitari di appartenenza .

-Art.5 - Gestione dell'emergenza

Resta comunque prescritto il ricorso ai Servizi di Emergenza Territoriale 118 e/o di Pronto Soccorso del S.S.N. nei casi in cui non sia applicabile il Piano di intervento ordinario/straordinario urgente come definito negli allegati e nel presente documento , ovvero questo risulti inefficace.

Allegato n. 1 (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di San Vero Milis

I sottoscritti _____ genitore/tutore legale
del minore _____ frequentante la classe/sezione _____ della
scuola _____

chiedono

- i seguenti controlli _____
- la somministrazione delle seguenti sostanze non farmacologiche _____
- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica indispensabile continuata in ambito dell'orario scolastico, come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dottor _____ che si allega alla presente.
- la somministrazione allo stesso, in ambito scolastico, di terapia farmacologica al bisogno salvavita come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dottor _____ in mio possesso.
- la possibilità che lo stesso si autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica in mio possesso.
- altro (vedi prescrizione medica allegata) _____

Autorizzano

- il personale extrascolastico da loro scelto _____
- il personale scolastico/ il personale identificato dal Dirigente Scolastico alla esecuzione degli interventi delle richieste sopra indicate e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla applicazione di istruzioni dettate da personale medico del SSN che non comportino cognizioni specialistiche di tipo sanitario e neppure valutazioni di ordine discrezionale tecnico da parte del personale scolastico come secondo certificazione medica. La gestione delle richieste sopra indicate non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, l'esercizio di abilità tecnica da parte dell'adulto, la discrezionalità da parte di chi le esegue, in relazione agli eventi in cui occorre eseguire le azioni prescritte dai certificati o documenti medici allegati

Con la presente acconsento anche al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR 2016/679 (i dati sensibili sono dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data _____

(Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili:

- Genitori _____
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

Oggetto: Prescrizione del medico di famiglia (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) per la gestione dell'aluno/a _____ in orario scolastico

Visto lo stato patologico dell'alunna/o _____.

Vista la assoluta necessità ed indispensabilità degli interventi richiesti in orario scolastico

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità si prescrivono all'alunna/o:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ residente a _____ via _____ N° _____

Telefono _____ mail _____

Classe/Sezione _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

i seguenti controlli(indicando quali azioni, tempi, luoghi e modalità) _____

la somministrazione delle seguenti sostanze non farmacologiche(indicando quali sostanze/tipologie di alimenti, tempi, luoghi e modalità) _____

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica indispensabile continuata in ambito dell'orario scolastico, come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dottor _____ che si allega alla presente (indicante modalità, tempi di somministrazione, posologia, conservazione e la relativa somministrabilità da parte di personale non sanitario).

la somministrazione allo stesso, in ambito scolastico, di terapia farmacologica al bisogno salvavita come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dottor _____ in mio possesso che si allega alla presente(indicante modalità, tempi di somministrazione, posologia, conservazione e la relativa somministrabilità da parte di personale non sanitario) .

la possibilità che lo stesso si autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica in mio possesso che si allega alla presente.

altro (vedi prescrizione medica allegata) _____

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

posologia _____

Orario: _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

note _____

somministrabile da parte di personale non sanitario.

Eventuali note di primo soccorso _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Allegato n. 3A (da compilare a cura degli incaricati esterni incaricati di interventi ad alunni minori in orario scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di San Vero Milis

Oggetto: Disponibilità alla l'esecuzione di interventi da parte di personale sanitario/non sanitario esterno

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il residente a _____ in via _____ in qualità di

Genitore/Tutore dell'alunno/a _____ dipendente della Coop./ditta _____

con sede a _____ in via _____ a far data dal _____

in qualità di personale sanitario _____ personale non sanitario _____

Richiede di essere autorizzato all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico.

Dichiara di essere incaricato da _____ per l'esecuzione dei seguenti interventi al minore,

"nome e cognome _____, secondo la certificazione medica allegata, rilasciata dal dott.

_____ (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale):

i seguenti controlli _____

la somministrazione delle seguenti sostanze non farmacologiche _____

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica indispensabile continuata in ambito dell'orario scolastico, come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dottor _____ che si allega alla presente.

la somministrazione allo stesso, in ambito scolastico, di terapia farmacologica al bisogno salvavita come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dottor _____ in mio possesso che si allega alla presente.

altro (vedi prescrizione medica allegata) _____

Data _____

In caso di assenza e/o impedimento sarà sostituito da _____

Numeri di telefono utili:

Allegato n. 3B (da compilare a cura del personale scolastico interno incaricato di interventi ad alunni minori in orario scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di San Vero Milis

Oggetto: Disponibilità alla l'esecuzione di interventi da parte di personale scolastico

Il/ La sottoscritto/a _____

Insegnante/ Personale ata alunno _____

della Classe/sez. _____ della scuola _____

Visto il certificato medico rilasciato in data _____

dal Dottor _____

Vista la richiesta dei genitori Sig.ri _____ per l'esecuzione dei
seguenti interventi al minore _____:

i seguenti controlli _____

la somministrazione delle seguenti sostanze non farmacologiche _____

la conservazione e somministrazione allo stesso di farmaco indispensabile continuata in ambito dell'orario scolastico, come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dottor _____ che si allega alla presente.

la conservazione e somministrazione allo stesso, in ambito scolastico, di farmaco al bisogno salvavita come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dottor _____ in mio possesso che si allega alla presente

altro (vedi prescrizione medica allegata) _____

Dichiaro su base volontaria e in virtù di un rapporto fiduciario con la famiglia di essere disponibile alla esecuzione degli interventi delle richieste sopra indicate, nei casi previsti da certificato medico nell'anno scolastico _____

Dichiaro di conservare tale farmaco in modo sicuro nel seguente luogo: _____

Le cui chiavi sono in possesso dei _____

Data _____

L'INSEGNANTE/PERSONALE ATA

Allegato n. 4 (da compilare a cura degli incaricati al ricevimento del farmaco)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di San Vero Milis

Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile

In data _____ alle ore _____ il Sign /la Sig.ra Genitore _____
dell'alunno _____ frequentante la Sez./ Classe _____ della
Scuola _____ di _____ dell'Istituto Comprensivo di San Vero Milis, consegna alla Sig/Sig.ra
_____, personale scolastico Incaricato/a del ricevimento del farmaco
“ _____ ” in n° _____ confezione nuova e integra, da somministrare
all'alunno/a _____ in orario scolastico come da certificazione
medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, 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.

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

Il genitore 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.

Data _____

L'Incaricato al Ricevimento del Farmaco Ata/Ins. _____

Sig./Sig.ra Genitore _____ dell'alunno _____

Allegato n. 5 (da sottoscrivere a cura dei genitori dell'alunno, del Pediatra/Medico di Famiglia, dall'Operatore Sanitario/non sanitario e dagli operatori Scolastici del plesso scolastico frequentato dall'alunno in questione, ecc.....)

Piano Individuale di Intervento ordinario in ambito scolastico

Anno scolastico _____ data _____

Alunno _____, nato a _____ il _____, frequentante la class/sezione _____ della Scuola _____ - _____ di _____ dell'Istituto Comprensivo di San Ver Milis.

I sottoscritti _____

genitori di _____ essendo minore affetto da _____

Il sottoscritto **Dott.** _____ Pediatra/Medico di medicina generale, medico curante del minore di cui sopra prescrivente gli interventi al minore _____ in ambito scolastico come da certificazione medica depositata agli atti presso l'Istituto Comprensivo di San Vero Milis.

Il Sottoscritto _____, in qualità di Genitore/personale esterno Sanitario/ sanitario, in caso di assenza e/o impedimento, sostituito da _____

_____, a seguito presa visione della certificazione medica, incaricato della esecuzione degli interventi al minore di cui sopra, come da atti d'ufficio in possesso del Dirigente Scolastico, depositati presso l'Istituto Comprensivo di San Vero Milis.

I sottoscritti operatori scolastici Sig. _____

_____ in caso di assenza e/o impedimento, sostituito dal Sig. _____

disponibili alla esecuzione degli interventi al minore di cui sopra, come da atti d'ufficio in possesso del Dirigente Scolastico, depositati presso l'Istituto Comprensivo di San Vero Milis

Il Piano di Intervento Ordinario dell'alunno _____ è ampiamente definito negli atti e certificazioni mediche allegati depositati presso l'Istituto Comprensivo di San Vero Milis

Piano di intervento straordinario urgente in ambito scolastico dell'alunno _____

Nel caso di intervento straordinario e urgente dovranno essere adottate le seguenti misure, prescritte dal Dott. _____, ovvero: _____

Siano immediatamente contattati dal Sig. _____

In caso di assenza o impedimento sostituito dal Sig. _____ seguenti nell'ordine indicato:

1) 118 _____

2) Genitori del minore:

- _____ (cell. _____),
- _____ (cel. _____);

3) Altri _____ tel n. _____

Firme dei sottoscriventi:

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà alunno _____

Pediatra/Medico di Famiglia _____

Operatore Genitore/Sanitario/non sanitario esterno _____

Operatori Scolastici interni del plesso scolastico _____

Il Dirigente dell'Istituto Comprensivo di San Vero Milis _____

Eventualmente anche in caso di necessità:

Il Sindaco del Comune di _____

Rappresentante per la ATS di Oristano _____

Altri _____

Data _____