



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA **approvato dal Consiglio di Istituto con delibera n. 19 del 17.5.2023**

PREMESSA

La presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica, considerando 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 di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- la prestazione del soccorso viene supportata da specifica "formazione in situazione" riguardanti singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;
- nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

ITER PROCEDURALE

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci salvavita durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire alla Dirigente **formale richiesta**, allegando **autorizzazione medica** dei servizi di Pediatria delle ASL, dei Pediatri di libera scelta e/o dei Medici di Medicina generale oppure dello specialista ospedaliero che ha in carico il paziente.

Le **AUTORIZZAZIONI MEDICHE** dovranno dichiarare:

1. nome e cognome dello studente;
2. stato di malattia dell'alunno;
3. nome commerciale del farmaco;
4. prescrizione specifica dei farmaci da assumere (specificando se trattasi di farmaco salvavita);
5. assoluta necessità;
6. somministrazione indispensabile in caso di emergenza;
7. descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
8. dose da somministrare;
9. modalità di somministrazione del farmaco;
10. possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli;



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

11. modalità di conservazione del farmaco;
12. durata della terapia;
13. 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 (le persone che somministrano il farmaco dovranno attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, le modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso).

Il presente protocollo contiene, altresì, il **DISPOSITIVO DI INTERVENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA**.

Sono da prevedere, infine, le situazioni in cui sono presenti **INSEGNANTI A TEMPO DETERMINATO o UNITA' DEL PERSONALE ATA A T.D.** che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dai docenti di classe/di plesso.

LA DIRIGENTE

Cesira Militello

MODULISTICA DI RICHIESTA, DI DISPONIBILITÀ E DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE

- ALLEGATO A:** Prescrizione del medico curante (pediatra di libera scelta/ medico di medicina generale/ specialista) alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico (istruzioni del medico curante)
- ALLEGATO B:** Richiesta di somministrazione del farmaco a scuola (richiesta dei genitori/tutori)
- ALLEGATO C:** Dispositivo di intervento per la somministrazione del farmaco in caso di crisi epilettica prolungata
- ALLEGATO D:** Piano di azione per la somministrazione del farmaco salvavita
- ALLEGATO E:** Scheda dell'alunno/a inserito/a nel protocollo
- ALLEGATO F:** Dichiarazione di disponibilità alla somministrazione del farmaco (personale scolastico)



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

**ALLEGATO A - PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI
MEDICINA GENERALE/SPECIALISTA) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO
SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

si prescrive

La somministrazione, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico/ricreativo
all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Il _____

Residente a _____ In _____

Classe _____ della Scuola _____

Sita a _____ in via _____

Dirigente Scolastico _____

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ dose _____

Orario: 1^dose _____ 2^dose _____ 3^dose _____ 4^dose _____

Durata della terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note:

Luogo e data

Timbro e firma del Medico



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

ALLEGATO B - RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO A SCUOLA

Alla Dirigente del Liceo Petrarca

I sottoscritti: _____
genitori di: _____
nato a _____ il _____ residente in _____
_____ in via _____ frequentante
la classe: _____ della scuola di: _____ essendo il
minore affetto da _____

CHIEDONO

- che sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio, dal
Dott. _____ di cui allegano prescrizione medica.
- che sia instaurata in caso di necessità la terapia d'emergenza, di cui allegano prescrizione medica

Si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da personale non sanitario a cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Comuniceranno immediatamente ogni eventuale variazione del trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici:

Luogo e data

Firma*

*nel caso firmi un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 per chi rilasci dichiarazioni mendaci, dichiara di effettuare la presente autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

**ALLEGATO C- DISPOSITIVO DI INTERVENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL
FARMACO IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA**

Si redige il presente protocollo d'intervento per i casi di alunni soggetti a crisi epilettiche, sia facenti parte del loro

quadro diagnostico, sia se trattasi di casi sporadici, iscritti al “Liceo Classico e Linguistico Statale Francesco Petrarca”.

Si fa riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sicurezza e di obblighi di primo intervento: la normativa prevede una pervasività delle responsabilità, trattandosi di obbligo di soccorso e di salva vita, pertanto tutti gli adulti presenti al momento dell'episodio epilettico, al di là del loro specifico ruolo e anche se assegnati ad altri gruppi classe, sono tenuti ad adoperarsi fattivamente nelle mansioni d'intervento per non intercorrere nell'omissione di soccorso. Il personale opererà tempestivamente in collaborazione simultanea e coordinata per lo svolgimento ottimale della procedura così come da indicazioni fornite di seguito (in osservanza delle Linee guida della Lega Italiana contro l'Epilessia e l'Istituto superiore di Sanità). **L'INTERVENTO PER IL PRIMO SOCCORSO SULL'ALUNNO/A HA LA PRECEDENZA SU TUTTE LE ALTRE MANSIONI/ATTIVITÀ CHE VERRANNO SOSPESSE PER DARE AUSILIO ATTIVO ALLA PROCEDURA DI SOCCORSO.**

DESTINATARI DELL'INTERVENTO:

- alunni con certificazione di epilessia e forme correlate e comorbili ad altre malattie,
- alunni in cui subentra attacco epilettico episodico (senza utilizzo del farmaco salva vita)

LUOGO DI CONSERVAZIONE DEI FARMACI:

Gli alunni certificati per l'epilessia hanno una documentazione medica per il farmaco. La scuola avrà a disposizione una dose del farmaco e l'occorrente per la somministrazione del medicinale salva vita. Nelle aule sono affissi dei cartelli di segnalazione e spiegazione della procedura da divulgare al personale in servizio e ai docenti/collaboratori supplenti. Anche il presente dispositivo va esposto assieme alla procedura per la sicurezza antincendio/piano d'evacuazione all'interno dell'aula.



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

SINTOMI, PREVENZIONE E CONSTATAZIONE DELL'EMERGENZA:

tremore del capo e degli arti superiori
oscillazione convulsiva delle gambe (gamba/e tesa/e e rigida/e oppure movimento oscillatorio simile a scalciare)
movimento dell'occhio con pupille rivolto verso l'alto
rilassamento della zona della bocca
irrigidimento del corpo (arti e dorso)

CRISI IN ATTO

lasciare evolvere liberamente la crisi
togliere, se presenti, gli occhiali
mettere qualcosa di morbido sotto la testa (se non si ha nulla basta la mano tenuta sollevata da terra)
la lingua non si ribalta mai; morderla è solo un caso
non infilare nulla in bocca
allontanare possibili fonti di pericolo: spigoli, vetri, elettricità...
ruotare su un fianco per facilitare la respirazione facendo fuoriuscire la saliva in eccesso
somministrare il farmaco se necessario secondo la prescrizione medica
mettere in posizione di sicurezza l'alunno a crisi finita e lasciarlo riposare/dormire
assecondare nella ripresa del contatto
non forzare con domande o atti ma aspettare con pazienza che riprenda contatto con l'ambiente

Nelle classi degli alunni individuati sarà affisso il seguente **PIANO DI AZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA.**

Una **SCHEDA RELATIVA AD OGNI ALUNNO COINVOLTO NEL PROTOCOLLO** sarà esposta presso la postazione del collaboratore scolastico in ogni piano. Tutto il personale coinvolto nell'emergenza, se avrà seguito le indicazioni del "protocollo sanitario", sarà in ogni caso esente da responsabilità di ordine penale o civile.

LA DIRIGENTE
Cesira Militello



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

ALLEGATO D - PIANO DI AZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Il genitore dell'alunno/a _____ ha consegnato al

personale della scuola una confezione nuova e integra del medicinale

_____ da somministrare in caso di CRISI EPILETTICA

PROLUNGATA come da certificazione medica già consegnata in segreteria.

Il medicinale è conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la

somministrazione. Nel caso all'alunno/a _____ dovesse essere

somministrato il suddetto farmaco, il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

- MANTENERE LA CALMA
- AVVALERSI DI **UNA PERSONA** PER I CONTATTI:
 - allertare la Dirigente Scolastica e gli Addetti al Primo Soccorso
 - chiamare i genitori
 - informare il 118 e prendere nota delle indicazioni ricevute
- AVVALERSI DI **DUE PERSONE** PER:
 - accudire l'alunno/a
 - eventuale somministrazione del farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario

Nel caso l'emergenza si verificasse **al di fuori della classe** (atrio, corridoio, laboratori, biblioteca, aula sostegno, bagni) tutto il personale scolastico è tenuto a partecipare al piano di azione. Individuare:

- **UNA PERSONA** PER I CONTATTI:
 - allertare la Dirigente e gli Addetti al Primo Soccorso
 - chiamare i genitori
 - informare il 118 e prendere nota delle indicazioni ricevute
- **DUE PERSONE** per:
 - accudire l'alunno
 - eventuale somministrazione del farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario
- **UNA PERSONA** PER:
 - allontanare e mettere in sicurezza gli altri alunni eventualmente presenti



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

ALLEGATO E- SCHEDA DELL'ALUNNO/A INSERITO/A NEL PROTOCOLLO

NOME ALUNNO/A

CLASSE/SEZIONE
.....

**REPERIBILITA' TELEFONICHE DEI GENITORI/TUTORI/RESPONSABILI
GENITORIALI O
ALTRI (specificare)**
.....
.....

UBICAZIONE FARMACO
.....
.....
.....

CHIAMARE IL 118 COMUNICANDO:

SONO (qualificarsi) Liceo Classico e Linguistico Statale Francesco Petrarca

INDIRIZZO (indicare plesso)

L'alunno/a

affetto/a da

ha i seguenti sintomi

.....
.....
(dare agli operatori del 118 più informazioni possibili)

Farmaco prescritto (tipo, dose, via di somministrazione)
.....
.....

COMPILAZIONE A CURA DELL'INSEGNANTE E CONSERVATO PRESSO IL COLLABORATORE
AL PIANO



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

ALLEGATO F – DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO (personale scolastico)

Alla Dirigente
del “Liceo Classico e Linguistico
Statale Francesco Petrarca

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di docente/collaboratore
(*cancellare quanto non serve*) scuola secondaria in servizio presso del “Liceo Classico e
Linguistico Statale Francesco Petrarca” al plesso _____

vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla
somministrazione di farmaci all'alunno/a

visto il certificato medico allegato alla citata richiesta;

viste le linee guida per la somministrazione dei farmaci Prot n.58027 del 4 dicembre
2013,

DICHIARA

- di essere **DISPONIBILE** a prestare all'alunno/a citata l'assistenza richiesta esclusivamente nelle forme e nei modi indicati dal genitore stesso e dal medico curante;
- di somministrare il farmaco consegnato dalla famiglia come disposto dalle istruzioni del medico curante;
- di provvedere all'immediata segnalazione al 118 e ai familiari dell'eventuale malessere dell'alunno.

Trieste, _____

Firma _____