



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "D.D.2 - BOSCO"

DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE:

Piazza della Repubblica -81025 Marcianise (CE) - TEL/FAX: 0823.826345
CODICE MECCANOGRAFICO: CEIC8AR004 CODICE FISCALE: 93085980618



A tutti Docenti
Ai Sigg. Genitori
Al D.S.G.A. e al Personale Ata
All'Albo dell'istituto
Al Sito web della scuola

OGGETTO: Procedura per la somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI

Il DS Dott.ssa Angela CUCCARO, in riferimento alla "Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI",

CONSIDERATA la Dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'ONU il 20 novembre 1959, che afferma che va garantito ai bambini il diritto ai mezzi che consentono lo sviluppo in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale;

VISTO il Decreto Legislativo 31 Marzo 1998 n. 112 "conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali";

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto Legislativo 30 Marzo 2001 n. 165, concernente "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

VISTA la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate le "Linee

guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" a firma dei Ministri del MIUR e della salute;

VISTO il C.C.N.L. del comparto scuola 2016/2018 sottoscritto in data 19.04.18, art. 28, com. 4;

PREMESSO che *"la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto"* (art. 2 delle suddette Linee Guida);

CONSIDERATO che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;

dispone la seguente procedura per quanto previsto in oggetto

Con la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 il Ministero dell'Istruzione ha ricordato le modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola oltre ad avere realizzato e fornito la modulistica che si allega.

Dalla nota emerge che:

- 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).
- Il DS, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:



- effettua una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati;
- gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del D. Lgs. 81/08 s.m.i. ed abbiano svolto obbligatoriamente la formazione in situazione.

Pertanto, la presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

SOGGETTI E DESTINATARI

Oggetto delle presenti Raccomandazioni è la somministrazione di farmaci e di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali a bambini e ragazzi che, affetti da patologie, abbiano tali necessità in orario e ambito educativo, scolastico e formativo.

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità (farmaco indispensabile o salvavita) durante l'orario scolastico, in considerazione dell'idoneità dei locali scolastici alla somministrazione e conservazione del farmaco e previa disponibilità dei docenti e/o del personale A.T.A. formati.

I docenti e il personale ATA, invitati dalla DS a dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di tale tipologia di farmaci e, quindi, alla formazione in situazione, saranno specificamente formati dalla ASL/Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta in merito a quanto attinente al piano terapeutico.

Nelle more della formazione dei docenti/personale ATA o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori stessi o persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico.

È compito della famiglia:

- comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al DS, secondo le procedure indicate nelle presenti raccomandazioni, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento;
- fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità con la sostituzione di nuovo farmaco;
- informare la scuola che accoglie il bambino o il ragazzo, nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno ad altra scuola, o ad altro Comune/Provincia;

PROCEDURA

La somministrazione di farmaci in orario scolastico e nei locali scolastici deve essere:

- formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale;
- la richiesta dovrà essere corredata di certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico e del piano terapeutico.

Il DS una volta ricevuta la richiesta della famiglia, verifica:

- la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, ecc.);
- la disponibilità del personale dietro richiesta di manifestazione da parte del DS;
- l'esigenza di formazione specifica. La DS prenderà contatti con ASL/Medico di Medicina



Generale/Pediatra di libera scelta per richiedere la formazione.

In seguito:

- convoca la famiglia, a tutela della privacy, per il consenso scritto sull'informazione data agli studenti e al personale interessato, sul locale dove si assisterà l'alunno, sull'autosomministrazione e conservazione del farmaco nello zaino/astuccio del figlio poiché responsabile in modo autonomo dei tempi e modi di tali atti. In tale consenso la famiglia viene avvisata che l'organizzazione complessiva può essere limitata in particolari e straordinari tempi dalla possibile assenza del personale dichiaratosi disponibile e quindi incaricato della somministrazione: al verificarsi di tali evenienze sarà contattata la famiglia per procedere alla soluzione contingente.
- La DS, il medico, il personale resi disponibili, i genitori stenderanno il "PIP" – Piano di Intervento Personalizzato;
- il genitore firmerà il verbale di consegna del farmaco in segreteria;
- il personale formato potrà procedere alla somministrazione del farmaco attenendosi alle indicazioni del piano terapeutico e del "PIP" -Piano di Intervento Personalizzato.

AUTO SOMMINISTRAZIONE

La norma prevede l'autosomministrazione dei farmaci per casi specifici riguardanti alunni di età inferiore ai 14 anni, d'intesa con l'ASL/Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta e la famiglia.

A tale scopo, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola".

L'autorizzazione dei genitori all'auto-somministrazione deve essere presentata per iscritto con assunzione di responsabilità anche in merito all'autonomia di conservazione del farmaco - di norma nello zaino/cartella dell'alunno.

LUOGO FISICO IDONEO PER LA CONSERVAZIONE DEI FARMACI E LA SOMMINISTRAZIONE

Il docente fiduciario di plesso propone al DS i luoghi fisici idonei per:

- la conservazione (di norma l'armadietto dei medicinali che deve essere chiuso a chiave);
- la somministrazione o l'autosomministrazione dei farmaci. La somministrazione di farmaci mediante aghi deve avvenire in un luogo appartato, anche per garantire l'incolumità dei compagni;
- i genitori firmano l'assenso alla conservazione e alla somministrazione nei luoghi individuati.

DURATA DELLA TERAPIA/ATTIVITÀ A SUPPORTO DI ALCUNE FUNZIONI VITALI

L'autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve contenere anche l'indicazione della durata dell'intervento, che può essere fatta per un periodo predefinito o a lungo termine, secondo l'indicazione del medico curante.

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.

Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

MODIFICHE O SOSPENSIONE DELLA TERAPIA

In caso di modifiche dell'intervento (posologia/modalità di somministrazione.) o di sospensione della cura e a seguito di nuova prescrizione del medico curante, la famiglia deve fornire tempestivamente tale informazione insieme alla prescrizione del medico curante, affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione da trasmettere alla scuola.



PARTECIPAZIONE A USCITE DIDATTICHE E/O VISITE SCOLASTICHE

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo modalità organizzative da concordare dai docenti direttamente coinvolti con il DS e con la famiglia.

GESTIONE DELLE EMERGENZE

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso (richiesta al 112) nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati per i casi concreti presentatisi, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

NON DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DELLA SCUOLA

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il DS può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il DS può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il DS è tenuto a darne comunicazione formale e motivata:

- ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale;
- al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

GESTIONE DELL'EMERGENZA

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso chiamando il numero di telefono 112 ed avvertendo contemporaneamente la famiglia.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

In Allegato - gli atti di cui in elenco:

■ **ALLEGATO 1** Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e piano terapeutico;

■ **ALLEGATO 2** Richiesta di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico;

■ **ALLEGATO 3** Verbale di consegna alla scuola del farmaco;

■ **ALLEGATO 4** Piano di Intervento Personalizzato (PIP);

■ **ALLEGATO 5** Richiesta di formazione specifica all'ASL;

■ **ALLEGATO 6** Verifica disponibilità interna alla somministrazione di farmaci salvavita;

■ **ALLEGATO 7** Disponibilità per la somministrazione dei farmaci.

f.to digitalmente

Il Datore di lavoro - DS
Dott.ssa Angela CUCCARO



CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dello studente/essa _____
_____ nato/a a _____, in data ____/____/____
_____ residente in _____ Codice Fiscale _____

Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a studente/essa della
sommministrazione del _____ farmaco
_____ con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la
sommministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto
trattasi di farmaco: ☐ salvavita oppure ☐ indispensabile;

Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni
specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica
da parte dell'adulto somministratore, 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;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano
Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la
sommministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT
653/2015).

Si rilascia al: ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo s tudente/essa
(oppure) ☐ studente/essa di cui sopra su sua richiesta.

_____(____), ____/____/____

In fede
Timbro e Firma del Medico



PIANO TERAPEUTICO

Studente/essa

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fiscale _____

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile: _____

☐ **A1) Necessita di somministrazione quotidiana: Orario e dose da somministrare:**

☐ Mattina, h. _____, dose _____

☐ Pasto, ☐ prima ☐ dopo _____, dose _____

☐ Pomeriggio, h. _____, dose _____

Modalità di somministrazione del farmaco _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ **A2) Necessita di somministrazione al bisogno:**

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

Dose da somministrare: _____

Modalità di somministrazione del farmaco: _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco _____

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

Dose da somministrare: _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Capacità dello studente/essa ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì ☐ No

Necessità di formazione specifica da parte di: ☐ ASP ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di libera scelta nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione ☐ Sì ☐ No

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte di

☐ ASP ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di libera scelta

_____(____), _____ In fede

Timbro e Firma del Medico



Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI SCOLASTICI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Spettabile
Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____,
genitore dello/a esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome)
_____, nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a in Via _____, che frequenta la
classe _____ sez ____ del Plesso _____

✎ consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni
sanitarie,

✎ in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati
dal

servizio di Pediatria dell'ASP _____

il Dott. _____ in data ____/____/____;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore/dell'esercente la potestà genitoriale che a (barrare la
scelta):

☐ mio/a figlio/a siano **somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano
terapeutico;

☐ mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del
farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**,
in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Esprimo il consenso affinché il personale della Scuola individuato dal DS, e resosi
disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo
personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del
farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o
sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso
di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della
posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare
tempestivamente e documentare adeguatamente al DS, 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.

Numeri di telefono	
Famiglia	Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE
2016/679. Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di
dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta
in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e
337 quater del C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

_____(____), _____

In fede

firma del genitore/di chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a



VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in
oggetto Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da
somministrare allo studente/essa (Cognome e Nome) _____
(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai Genitori)

In data ____/____/____ alle ____ ore ____:____, il/la sig./sig.ra
_____, (barrare la voce che corrisponde)

☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e
Nome) _____, nato/a a _____

il ____/____/____ e residente a _____
in Via _____, che frequenta la classe _____ sez ____ del Plesso

consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____,

individuato nel Piano di Intervento Personalizzato prot. n. ____ del ____/____/____

_____ un flacone nuovo ed
integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare allo studente/essa come da Certificazione Medica e Piano Terapeutico
consegnati in segreteria in data ____/____/____ e rilasciato dal (barrare la
voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della ASP _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano
terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato "PIP", nel seguente
luogo: _____ con le seguenti modalità:

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno
scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se
necessario. Si impegna inoltre a rifornire la Scuola di una nuova confezione integra, ogni
qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale
variazione di trattamento.

_____(____), ____/____/____

Firma dell'incaricato

Firma del genitore/esercente la potestà genitoriale



PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO "PIP"

Alla Famiglia dello studente/essa _____

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti/Docenti della classe _____sezione _____

Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Alla ASP _____

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato "PIP" per la (auto)somministrazione
del/i farmaco/i in orario scolastico allo studente/essa

I sottoscritti:

DS _____

☐ Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

Vista la richiesta di somministrazione farmaci con autorizzazione presentata dal

☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il
_____/_____/_____ e residente a _____ in Via
_____, che frequenta la classe ____sez ____del Plesso _____;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata in data
_____/_____/_____ dal:

☐ Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

nella quale si attesta l'assoluta necessità, in orario scolastico, di somministrazione il
farmaco (nome commerciale/principio attivo)

da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di
cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da
parte dell'adulto somministratore, 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;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde):

☐ salvavita (oppure) ☐ indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a:

☐ somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a
studente/essa;

☐ ad assistere lo studente/essa nella autosomministrazione del farmaco;

secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la
disponibilità di locali/luoghi idonei alla conservazione del/i farmaco/i da
somministrare;



Visti gli attestati/atti di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'ASP/formazione ricevuta in materia, che sono parte integranti del presente documento;

DISPONGONO

- ☞ Che il farmaco venga consegnato dal ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa al responsabile incaricato Sig./Sig. _____;
- ☞ che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale/luogo: _____;
- ☞ che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- ☞ che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): _____;
- ☞ Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Qualifica/Attività	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Note

Firma

Il Dirigente Scolastico

☐ Per l'ASP _____

☐ Il Medico/Pediatra _____

Dott. _____

Il sottoscritto ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa

(Cognome e Nome) _____, nato/a _____ a

_____ il ____/____/____ e residente a

_____ in Via _____, che frequenta la classe

_____ sez ____ del Plesso _____;



Viste le determinazioni assunte dal DS _____ e dal

☐ Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

con la presente:

☐ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

☐ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

_____(____), _____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale



(intestazione della scuola)

Spett.le

☐ ASP _____ Servizio di pediatria

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

Sede

Oggetto: Richiesta formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco di cui alla Certificazione medica con Attestazione e Piano Terapeutico.

Ai sensi della normativa vigente;

Vista la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____

_____, nato/a a _____ il ____/____/____ e

residente a _____ in Via _____,

che frequenta la classe _____ sez ____ del Plesso _____;

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta;

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione;

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, si porgono distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



(intestazione della scuola)

Spett.le
A tutti Docenti
Ai Genitori
Al Personale Ata
Al Sito web

Oggetto: Verifica disponibilità interna alla somministrazione di farmaci salvavita.

In considerazione del fatto che nell'Istituto sono presenti studenti/esse affetti da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita/indispensabili,

si chiede

a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà necessario effettuare un'apposita "formazione in situazione".

Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo Soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, deve comunicare la propria disponibilità compilando il seguente modulo denominato "Allegato 7".

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*

() Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*



Spett.le Dirigente Scolastico del

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci salvavita/indispensabili agli alunni in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso
codesto Istituto in qualità di ☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico, ☐ formato al primo
soccorso, considerata la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà
genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a
_____ Il ____/____/____ e residente a
_____ in Via _____, che frequenta
la classe ____ sez ____ del Plesso _____;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del
farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate
nella documentazione medica prodotta e posta agli atti della scuola.

_____(____), _____

Firma



APPENDICE

Perché possa essere somministrato un farmaco all'alunno, durante l'orario scolastico, in particolari situazioni di patologia cronica, occorre che venga presentata una richiesta scritta redatta dal medico curante e presentata dal genitore al Dirigente Scolastico.

Il Dirigente scolastico si avvarrà della consulenza del Medico Curante del bambino o del Pediatra di libera scelta.

Quindi, verificata l'applicabilità del protocollo insieme al personale coinvolto (somministrazione di farmaci che, naturalmente, possa essere compiuta da soggetto diverso rispetto al medico o dall'infermiere specializzato), il Dirigente Scolastico darà, se crede, la propria autorizzazione al personale scolastico che firma per accettazione.

In caso di patologie quali: diabete, convulsioni, allergie gravi ecc., il protocollo prevede anche un incontro informativo-formativo sulla specifica patologia e sulle modalità di intervento, rivolto agli insegnanti della classe/sezione, al personale ATA e ai genitori.

Resta comunque prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza (chiamata al Numero Unico Gestione Emergenze 112).



CRITERI PER L'ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA

POSSIBIL CAS D'EMERGENZA

SHOCK ANAFILATTICO

I sintomi possono esordire con prurito (palpebre, bocca), nausea, talvolta orticaria, sudorazione, irritabilità, broncospasmo e laringospasmo (grosse difficoltà respiratorie con respiro corto frequente e sibilante), collasso.

Intervento immediato:

1. Rimuovere la causa dell'allergia (se è conosciuto e se è possibile);
2. Chiamare il 112 ed i genitori;
3. Somministrare adrenalina secondo le indicazioni contenute nel certificato del medico curante e seguire al contempo le indicazioni telefoniche del 112 in attesa del suo arrivo.

È possibile (più frequente) che in un soggetto allergico si scatenino reazioni meno violente, ma comunque a rischio d'evoluzione verso lo shock anafilattico, quali: edema e prurito buccale con iniziali difficoltà respiratorie. In tal caso va somministrato un cortisonico orale alle dosi consigliate nel succitato certificato medico e va comunque chiamato il 112.

In caso di importante broncospasmo in un **bambino asmatico** l'immediata somministrazione di salbutamolo sotto forma di spray inalante (*Ventolin®* spray) può risultare salvavita. Anche in questo caso è fondamentale un attestato medico, indicante il dosaggio e la capacità del bambino di assumere spray inalanti o la necessità dell'uso di distanziatori.

CONVULSIONI

Intervento immediato:

1. Posizionare correttamente il soggetto, secondo le indicazioni fornite dal Medico curante;
2. Chiamare il 112 ed i genitori;
3. Somministrare diazepam per via rettale (Micronoan) al dosaggio precedentemente indicato dal medico curante e seguire le indicazioni del 112 in attesa del suo arrivo.

Nei bambini di età inferiore ai 6 anni, con precedenti di convulsioni febbrili, è importante, se la temperatura ascellare supera i 38°C, somministrare immediatamente un antipiretico del tipo e alle dosi indicate dal Medico curante.

NUMERO UNICO GESTIONE EMERGENZA 112

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALLA CHIAMATA

- ➡ Numero telefonico e nominativo del chiamante;
- ➡ Indirizzo preciso di dove è accaduto l'evento (Comune, via, numero civico);
- ➡ Riferimenti utili;
- ➡ Descrizione dell'accaduto;
- ➡ Numero delle persone coinvolte e loro condizioni.

Nota Bene

Rispondere con calma alle domande che vengono poste dall'operatore: fornire informazioni non è una perdita di tempo poiché questi ulteriori elementi consentono di attivare soccorsi adeguati e di fornire le nozioni utili per gestire l'evento in attesa dei soccorsi.

