ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
VIA dello Stadio n°3 ●CAP 31052 Maserada sul Piave (TV) ●TEL. 0422/778028 ●CODICE: TVIC85700G ●C.F. 94105490265
PEC: TVIC85700G@pec.istruzione.it ●E- mail: TVIC85700G@istruzione.it ●SITO ISTITUZIONALE: www.icmaserada.edu.it

CIR. N° 233 - GENITORI
CIR. N° 366 – DOCENTI/ATA

Ai genitori
Al personale docente
Al personale Ata
Al Dsga
Ai collaboratori di staff del D.S.
Ai referenti di plesso
Al sito web e registro elettronico

OGGETTO: PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica.
Bisogna considerare, in premessa, 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;
- 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;
- nei casi il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, verranno individuate le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

ITER PROCEDURALE/MODULISTICA

FASE 1
Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (all. A) e l'autorizzazione medica, che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di pediatria delle aziende sanitarie, ai pediatri di libera scelta e/o ai medici di medicina generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.
Le autorizzazioni rilasciate dai medici dovranno contenere:

- stato di malattia dell'alunno
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di

farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico
- 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 (1);
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- i possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

FASE 2
Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico accertata la disponibilità del personale (all. B), predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- all. B/1 se trattasi di farmaco salvavita
- all. C/1 se trattasi di farmaco indispensabile.

FASE 3
Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano di intervento gli insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- all. B/2 verbale per farmaco salvavita
- all. C/2 verbale farmaco indispensabile

IN CASO DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE
Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ULSS e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola anche la dicitura che: *"il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola".*

La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico (all. D).

Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e gli insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola, anche in questi documenti andrà specificato che: "il minore può auto-somministrarsi la

terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola".

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.

Maserada sul Piave, 28/08/2023

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Daniela Bilgini
Firma autografa omessa ex art. 3 Dlgs 39/1993

---

[1] - La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
Via dello Stadio 3 – 31052 Maserada sul Piave (TV) - - Tel. 0422/778028 - - **CODICE**: *TVIC85700G* ● **C.F.** *94105490265*● **pec**: *TVIC85700G@pec.istruzione.it* **E- mail:** *TVIC85700G@istruzione.it* ● ***sito istituzionale***: *w w w . icmaserada.edu.it*

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti ....
genitori di ..... nato a ..... il .....
residente a ..... in via .....
frequentante la classe ..... della Scuola .....
sita a ..... in Via .....

Essendo il minore effetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott. .....
Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 e del Regolamento UE 2016/679

Luogo e Data .....

Firma dei genitori

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ....

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
Via dello Stadio 3 – 31052 Maserada sul Piave (TV) - - Tel. 0422/778028 - - **CODICE**: *TVIC85700G* ● **C.F.** *94105490265*● **pec**: *TVIC85700G@pec.istruzione.it* **E- mail:** *TVIC85700G@istruzione.it* ● ***sito istituzionale***: *w w w . icmaserada.edu.it*

Allegato B

VERIFICA DISPONIBILITA' PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente un allievo affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.
Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ULSS di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione".
Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo soccorso, la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

IL PERSONALE DISPONIBILE ALLA SOMMINISTRAZIONE	
Nome e cognome	(firma):

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Daniela Bilgini

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
Via dello Stadio 3 – 31052 Maserada sul Piave (TV) - - Tel. 0422/778028 - - **CODICE**: *TVIC85700G* ● **C.F.** *94105490265*● **pec**: *TVIC85700G@pec.istruzione.it* **E- mail:** *TVIC85700G@istruzione.it* ● ***sito istituzionale***: *w w w . icmaserada.edu.it*

Allegato B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita all'alunno/a ..... frequentante la classe ..... scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i Sig. ..... per il/la figlio/a ..... relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. [1]

Luogo e Data .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

PERSONALE DOCENTE	PERSONALE ATA

[1] Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
Via dello Stadio 3 – 31052 Maserada sul Piave (TV) - - Tel. 0422/778028 - - **CODICE**: *TVIC85700G* ● **C.F.** *94105490265*● **pec**: *TVIC85700G@pec.istruzione.it* **E- mail:** *TVIC85700G@istruzione.it* ● ***sito istituzionale***: *w w w . icmaserada.edu.it*

Allegato C/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile all'alunno/a ..... frequentante la classe ..... scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i Sig. .....
per il/la figlio/a .....
relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore ..... all'alunno/a nella dose di ..... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato (*al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto*)
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (*indicare il luogo della custodia*): .....
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da: (*indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni*)
  .....
  .....

Luogo e Data .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
Via dello Stadio 3 – 31052 Maserada sul Piave (TV) - - Tel. 0422/778028 - - **CODICE**: *TVIC85700G* ● **C.F.** *94105490265*● **pec**: *TVIC85700G@pec.istruzione.it* **E- mail:** *TVIC85700G@istruzione.it* ● ***sito istituzionale***: *w w w . icmaserada.edu.it*

Allegato B/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ..... genitore dell'alunno/a ..... frequentante la classe ..... della scuola ..... consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale ..... da somministrare al/alla bambino/a in caso di (*indicare l'evento*)..... nella dose ..... 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.
- 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.

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

- ....

Luogo e Data .....

Il genitore .....

Le insegnanti .....

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
Via dello Stadio 3 – 31052 Maserada sul Piave (TV) - - Tel. 0422/778028 - - **CODICE**: *TVIC85700G* ● **C.F.** *94105490265*● **pec**: *TVIC85700G@pec.istruzione.it* **E- mail:** *TVIC85700G@istruzione.it* ● ***sito istituzionale***: *w w w . icmaserada.edu.it*

Allegato C/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data ..... alle ore ..... la/il sig. .....
genitore dell'alunno/a .....
frequentante la classe ..... della scuola .....
consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....
da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ..... nella dose .....
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.
- 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.

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

Luogo e Data .....

Il genitore _____

Le insegnanti _____

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
Via dello Stadio 3 – 31052 Maserada sul Piave (TV) - - Tel. 0422/778028 - - **CODICE**: *TVIC85700G* ● **C.F.** *94105490265*● **pec**: *TVIC85700G@pec.istruzione.it* **E- mail:** *TVIC85700G@istruzione.it* ● ***sito istituzionale***: *w w w . icmaserada.edu.it*

Allegato D

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(*da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.*)

I sottoscritti .....
genitori di ..... nato a ..... il .....
residente a ..... in via .....
frequentante la classe ..... della Scuola .....
sita a ..... in Via .....
Essendo il minore effetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott. .....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 e del Regolamento UE 2016/679

Luogo e Data .....

Firma dei genitori

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ....

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MASERADA SUL PIAVE
Via dello Stadio 3 – 31052 Maserada sul Piave (TV) - - Tel. 0422/778028 - - Fax.0422/ 729900 **CODICE**: *TVIC85700G* ● **C.F.** *94105490265*● **pec**: *TVIC85700G@pec.istruzione.it* **E- mail:** *TVIC85700G@istruzione.it* ● ***sito istituzionale***: *w w w . icmaserada.edu.it*

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale ..... da somministrare in caso di ..... (*indicare l'evento*) ..... come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato (*al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto*).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ..... (*indicare il luogo dove sarà conservato*) .....

Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

COMPORTAMENTI DEL PERSONALE

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:
• una persona per i contatti telefonici: chiama i genitori, informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
• una persona per la somministrazione: accudisce il bambino, somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l' apposito protocollo sanitario.

1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
- il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
  l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

2) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:

- l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
- il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

3) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- un' insegnante soccorre il/la bambino/a
- l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
- il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Daniela Bilgini