



Ministero dell'istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO UDINE III

Via Magrini 6, 33100 UDINE - Tel. 0432.1276311 - CF 94127260308
Email: udic85700x@istruzione.it - PEC: udic85700x@pec.istruzione.it
Sito internet: <http://3icudine.edu.it/>



Circolare n. 22 – 2020/2021

Udine, 12 ottobre 2020

*Ai genitori delle alunne e degli alunni dell'IC
Udine III*

Al personale dell'IC Udine III

Oggetto: *somministrazione dei farmaci in orario scolastico.*

PREMESSA

Considerata la presenza nel nostro Istituto di alunni/e affetti da patologie che richiedono un intervento programmato o che si possono manifestare in modo acuto e non prevedibile richiedendo un intervento in urgenza in ambito ed orario scolastico (es. allergie, asma, diabete, epilessia), si rende necessaria l'adozione di misure efficaci e la messa in atto di un processo organizzativo coerente con la normativa vigente con particolare attenzione a quanto riportato nel documento predisposto dal Ministero della Pubblica Istruzione, d'intesa con il Ministero della Salute, e trasmesso alle scuole dal Dipartimento per l'istruzione con prot. n. 2312 del 25 novembre 2005.

La presente circolare intende quindi definire le procedure per attuare quanto già contenuto nel regolamento d'istituto (art. 4 del regolamento delle scuole dell'infanzia e primarie e art. 5 del regolamento per la scuola secondaria di primo grado).

La somministrazione di farmaci per il trattamento di patologie croniche a scuola è riservata a situazioni eccezionali ed improrogabili ed è organizzata secondo un percorso che, coinvolgendo l'alunno, la famiglia, il medico proponente, l'Istituto scolastico, il medico curante e se necessario il distretto socio sanitario, perviene alla definizione di specifico progetto d'intervento. A tal fine ciascuna situazione proposta è oggetto di attento esame e confronto, se necessario attraverso apposito incontro, tra tutti gli attori coinvolti, alla ricerca delle modalità di gestione più appropriate.

RUOLI E COMPITI

1) LA FAMIGLIA O CHI ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

- a. Presenta richiesta al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo (Allegato A1 o A2) corredato della prescrizione medica alla somministrazione rilasciata esclusivamente dal medico di famiglia (Allegato B) e della proposta di piano di intervento (Allegato C).

Si precisa che richiesta e prescrizione hanno validità limitata all'anno scolastico nel corso del quale sono redatte.

In caso di modifica della terapia nel corso dell'anno, la precedente richiesta/prescrizione viene annullata e sostituita dalla nuova richiesta/prescrizione previa tempestiva comunicazione.

- b. Fornisce il farmaco, controllandone la scadenza. Se la consegna dovesse avvenire in un momento diverso rispetto alla riunione di coordinamento, dovrà essere stilato un verbale a parte.

c. Collabora all'informazione/formazione del personale scolastico.

2) IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- a. Riceve la richiesta dai genitori (Allegato A/1 o A/2) corredata della prescrizione per la somministrazione rilasciata da medico di famiglia (Allegato B) e della proposta di piano di intervento (Allegato C).
- b. Individua, preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso, gli operatori scolastici (docenti e/o collaboratori scolastici), disponibili a somministrare i farmaci e/o alla vigilanza in caso di auto-somministrazione.
- c. In assenza di qualsiasi disponibilità, il Dirigente Scolastico ne dà comunicazione alla famiglia e chiede la collaborazione all'ASL per concordare un progetto d'intervento temporaneo e, allo stesso tempo, favorire lo sviluppo di disponibilità interne all'istituto.
- d. Garantisce che la conservazione di farmaci e degli strumenti in uso sia effettuata in modo corretto e sicuro.
- e. Si fa garante dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci avvalendosi degli operatori individuati, opportunamente formati e della puntuale registrazione, su apposito diario, di ogni intervento effettuato (intervento orario, dose, firma).
- f. In occasione dei passaggi ad altra scuola, invita espressamente i genitori dello studente ad informare il dirigente scolastico della scuola di destinazione e concorda la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.

3) IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O IL PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

- a. Rilascia ai genitori, su loro richiesta ed eventualmente a seguito di proposta di medico specialista, la prescrizione alla somministrazione del farmaco/i (Allegato B) e la proposta di piano di intervento (Allegato C) avendo cura di specificare se trattasi di *farmaco salvavita* o *indispensabile*. I criteri a cui il medico di famiglia si attiene nella prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola sono i seguenti:

- i. l'assoluta necessità;
- ii. l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico;
- iii. la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

Il modulo di prescrizione (Allegato B), deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità d'equivoci e/o errori

- iv. Nome e cognome dell'alunno/a;
- v. Nome commerciale del farmaco;
- vi. Dose da somministrare;
- vii. Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- viii. Durata della terapia.

La prescrizione del farmaco deve essere chiara graficamente in modo da essere leggibile in modo inequivocabile e agevole. Non è consentito l'uso di abbreviazioni o acronimi (esempio "u" invece che "unità" potrebbe essere confuso con uno zero). Deve essere evitato l'uso di numeri decimali (per esempio scrivere 500 mg invece che 0,5 g)

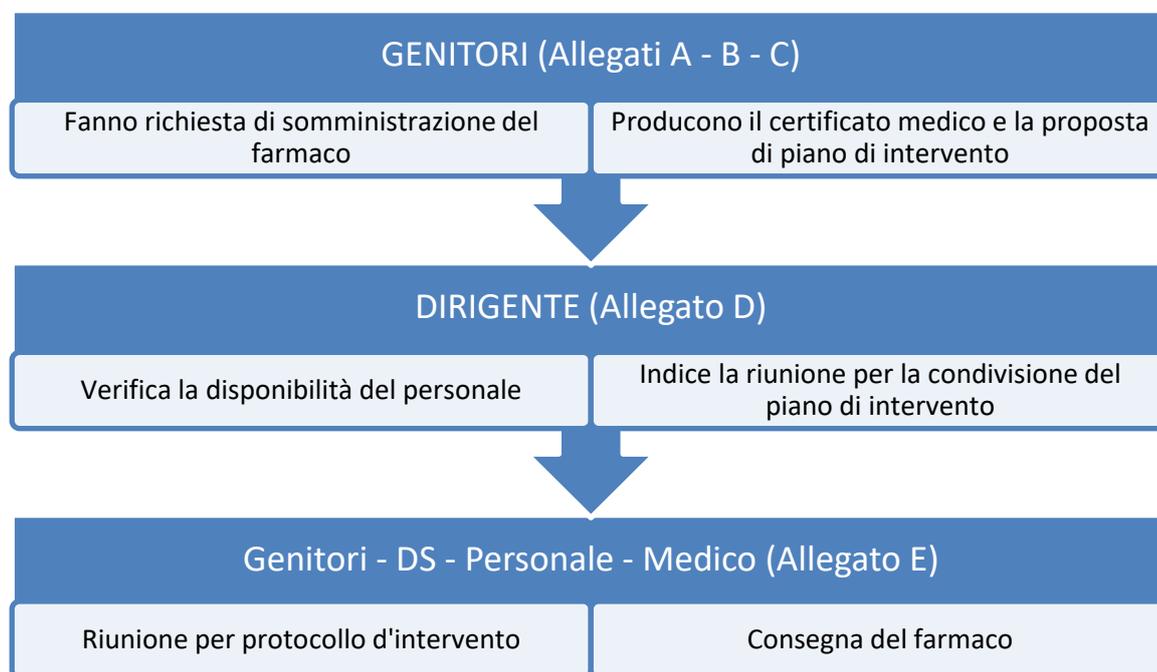
NB. I modelli qui indicati potranno essere sostituiti da documenti analoghi purché contengano tutte le informazioni richieste.

4) IL PERSONALE SCOLASTICO disponibile e individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco

- a. Partecipa a specifici momenti formativi.

- b. Provvede alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione.
- c. Collabora attivamente con la famiglia nella gestione del caso.
- d. Provvede in situazioni di emergenza, previa attivazione del 112/118, alla somministrazione del farmaco salvavita secondo le metodiche prescritte nella certificazione e nel piano personalizzato di intervento

ITER E MODULISTICA



- 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
- a. formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (Allegato A1 o A2).
 - b. Certificazione medica (Allegato B) in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati:
 - i. patologia dell'alunno;
 - ii. prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
 - iii. l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico;
 - iv. 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;
 - v. la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- Inoltre, dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:
- vi. nome cognome dello studente;
 - vii. nome commerciale del farmaco;
 - viii. descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
 - ix. dose da somministrare;
 - x. modalità di somministrazione del farmaco;

- xi. i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli;
 - xii. modalità di conservazione del farmaco;
 - xiii. durata della terapia.
- c. Proposta di piano di intervento (Allegato C)
- 2) Accettata la documentazione precedentemente elencata, il **Dirigente scolastico** accertata la disponibilità del personale (Allegato D), e indice la riunione per condividere il piano di intervento.
- 3) Nel corso della **riunione di coordinamento**
- a. docenti, collaboratori scolastici, genitori, medico o personale sanitario dell'ASL, concordano il piano di intervento
 - b. i genitori/tutori consegnano il farmaco alla scuola
 - c. si redige un verbale (Allegato E) che viene sottoscritto da tutti i presenti e costituisce atto autorizzativo del dirigente scolastico.

Si precisa che gli allegati B e C costituiscono modelli di riferimento. Gli stessi potranno essere sostituiti da altri documenti che tuttavia dovranno contenere almeno gli stessi elementi qui indicati.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Paolo De Nardo

(firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ex art.3, co 2, D.Lgs. 39/93)

ALLEGATI

Al Dirigente Scolastico
Paolo DE NARDO

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

I sottoscritti

.....

genitori di nato a

il residente a in via

frequentante la classe della Scuola sita a

..... in via.....

essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal dott.

.....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi della Direttiva EU 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

- SI
- NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

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

Al Dirigente Scolastico
Paolo DE NARDO

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

Essendo il minore affetto da e constatata
l'assoluta necessità, chiedono la possibilità:

- che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola
- di essere autorizzati a somministrare personalmente in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica
- di autorizzare il/la Sig., da noi delegato/a a somministrare in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi della Direttiva EU 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018

- SI
- NO Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

Pediatria/medico curante		
Padre		
Madre		
Altri numeri utili	Rapporto con l'alunno (nonno/a, zio/a, fratello/sorella, altro)	Recapiti

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Prot. n. _____ del _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che l'alunno/a Cognome Nome Data di nascita
....., residente a in Via
..... Frequentante la scuola classe
..... affetto da

• Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

• Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento che si manifesta con la seguente sintomatologia

Nome commerciale di farmaco

Modalità di somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Orario.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Note

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario. Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

• NO • SI con le seguenti modalità

Data.....

TIMBRO E FIRMA.....

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA (esempio)

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.

Avvalersi di due persone:

- una per i contatti telefonici:
 - chiamata al 112/118
 - chiamata ai genitori
- una 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:

- a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
- b) 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
- c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d) il collaboratore scolastico chiama il 112/118 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:

- a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
- b) 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

- c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
 - d) 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:**
- a) un insegnante soccorre il/la bambino/a
 - b) l'altro insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
 - c) 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
 - d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza verranno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Paolo De Nardo

(firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ex art.3, co 2, D.Lgs. 39/93)



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO UDINE III

Via Magrini 6, 33100 UDINE - Tel. 0432.1276311 - CF 94127260308
Email: udic85700x@istruzione.it - PEC: udic85700x@pec.istruzione.it
Sito internet: <http://3icudine.edu.it/>



PROTOCOLLO: vedi *segnatura digitale*

Udine,

Ai/alle docenti della classe _____
Ai/alle collaboratori/trici scolastici/che del
plesso _____

Oggetto: *richiesta disponibilità somministrazione farmaci/assistenza somministrazione farmaci*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la propria circolare n. 22 del 12.10.2020;
VISTA la richiesta dei genitori di _____ prot. n. _____
VALUTATA la necessità di individuare il personale addetto alla somministrazione/assistenza alla somministrazione di farmaci

CHIEDE

Di esprimere la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco indispensabile/salvavita per all'alunno/a _____ secondo il protocollo che sarà concordato in apposita riunione. L'adesione alla presente richiesta dovrà pervenire allo scrivente dirigente scolastico entro il _____.

Si allega il modello per esprimere la propria disponibilità.

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Paolo De Nardo

(firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ex art.3, co 2, D.Lgs. 39/93)

Allegato 1

Alla cortese attenzione del DIRIGENTE SCOLASTICO dell'IC Udine III

I/le docenti e i/le collaboratori/trici scolastici/che sotto elencati, facendo seguito alla comunicazione del dirigente scolastico prot. n. _____ del _____, esprimono la propria disponibilità a somministrare/assistere alla somministrazione del farmaco indispensabile/salvavita all'alunno/a _____ secondo le istruzioni che saranno loro impartite nel corso di apposita riunione.

COGNOME E NOME	RUOLO (docente, CS)	(firma)

Udine, _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA
Prot. n. _____ del _____



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO UDINE III
 Via Magrini 6, 33100 UDINE – Tel. 0432.1276311 – CF 94127260308
 Email: udic85700x@istruzione.it - PEC: udic85700x@pec.istruzione.it
 Sito internet: <http://3icudine.edu.it/>



MODELLO DI VERBALE PER CONDIVISIONE PIANO DI INTERVENTO

Il giorno _____ alle ore _____ presso _____ si sono riuniti il dirigente scolastico (o suo delegato) e

[inserire l'elenco dei partecipanti indicando il ruolo di ognuno]

per concordare il piano di intervento da adottarsi ai fini della somministrazione/autosomministrazione del farmaco indispensabile/salvavita all'alunno/a _____ frequentante la sezione/classe _____ della scuola _____.

Il piano di azione viene letto e illustrato nei dettagli e costituisce parte integrante del presente verbale. Se ne riportano qui alcuni elementi essenziali.

CONSEGNA DEL FARMACO (se la consegna del farmaco non avviene in seduta dovrà essere redatto un verbale a parte)

I genitori/tutori consegnano un flacone nuovo ed integro del medicinale da somministrare al/alla bambino/a in caso di¹ nella dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal dott.

Oppure (in caso di autosomministrazione)

Provvederanno ad accertarsi che l'alunno/a abbia con sé il medicinale di cui all'oggetto della richiesta

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

¹ Indicare l'evento

- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Oppure (in caso di autosomministrazione)

I genitori:

- autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad autosomministrarsi il farmaco alla presenza del personale scolastico resosi disponibile;
- dichiarano di aver istruito il/la proprio/a figlio/a in merito alle corrette modalità di somministrazione e che lo/la stesso/a è autonomo nella gestione della situazione specifica.

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO, SUA COLLOCAZIONE A SCUOLA E CUSTODIA

Indicare qui dove sarà collocato il farmaco e come dovrà essere conservato.

VERIFICARSI DELLA SITUAZIONE

Il farmaco deve essere somministrato (indicare se periodicamente o al verificarsi di una situazione specifica)

PROCEDURA

Indicare gli interventi da realizzare. A titolo esemplificativo

1. Persone che intervengono e operazioni che devono svolgere
2. Posizione da far assumere all'alunno/a
3. Posologia e modalità di somministrazione del farmaco
4. Chiamate da effettuare e loro tempistica

AUTORIZZAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il dirigente scolastico, prendendo atto della documentazione prodotta e degli esiti dell'incontro autorizza il piano di intervento la somministrazione / auto-somministrazione del farmaco indispensabile/salvavita per l'alunno/a _____.

Ricorda che è necessario

- attenersi strettamente a quanto previsto dal piano di intervento
- portare a conoscenza il dirigente di qualsiasi fattore che imponga di modificare / adeguare il piano di intervento

Sommario

PREMESSA.....	1
RUOLI E COMPITI.....	1
ITER E MODULISTICA.....	3
ALLEGATI.....	5
Allegato A1 - Richiesta di somministrazione farmaci	6
Allegato A2 – Richiesta di auto-somministrazione farmaci	7
Allegato B - Prescrizione del medico curante	9
Allegato C – Piano di azione.....	10
Allegato D – Modello comunicazione dirigente scolastico	12
Allegato E – Modello verbale per piano di intervento.....	14