

## Somministrazione farmaci a scuola

### Indicazioni da seguire per la somministrazione dei farmaci a scuola. (Nota. n. 2312 del 25 novembre 2005 e Circ. Miur n.321 del 10/01/2017)

La somministrazione di farmaci a scuola è riferita solo ai casi di effettiva ed assoluta necessità per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico:

1. per continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
2. in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

Per la somministrazione è richiesto il rispetto dei seguenti passaggi procedurali.

#### I GENITORI

1. formulano la richiesta (**allegato 2**) al Dirigente scolastico fornendo la certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico redatti dal Medico (**allegato 1**), presentando eventuale documentazione integrativa utile.
2. forniscono disponibilità e recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza;
3. segnalano tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso;

Diversamente il genitore potrà provvedere direttamente in proprio alla somministrazione del farmaco, previa obbligatoria autorizzazione all'accesso alla scuola da parte del Dirigente Scolastico. Tale procedura viene adottata anche per le terapie farmacologiche brevi.

La **Certificazione dello stato di malattia** redatta dal Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata) deve esplicitare:

- la assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa;
- che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore (in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco o in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco);
- se il farmaco è già stato somministrato, in quanto la prima somministrazione non deve avvenire in ambito scolastico, ad eccezione di specifiche situazioni.

Il **Piano Terapeutico**, parte integrante della Certificazione dello stato di malattia del Medico, dovrà contenere:

- nome e cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio;
- principio attivo del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi) e di conservazione del farmaco;

- durata e tempistiche della terapia (orario e giorni);

### **AUTO-SOMMINISTRAZIONE**

L'auto-somministrazione dei farmaci da parte degli alunni è prevista in accordo con la famiglia e i sanitari laddove l'alunno, per esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Tale modalità deve essere esplicitamente autorizzata dal genitore nella richiesta di attivazione del percorso al Dirigente Scolastico.

#### **Il Dirigente Scolastico**

1. acquisisce la richiesta dei genitori, informa il Consiglio di classe ed il personale della scuola;
2. individua gli operatori scolastici disponibili (**allegato 3**);
3. verifica le condizioni ambientali atte a garantire una corretta modalità di conservazione del farmaco;
4. comunica ai genitori l'avvio della procedura;

### **GESTIONE DELL'EMERGENZA**

Nei casi gravi e urgenti occorre garantire il normale soccorso ed è obbligatorio ricorrere al Servizio Territoriale di Emergenza attraverso il numero unico di emergenza 118, avvertendo contemporaneamente la famiglia dell'alunno.

La procedura da seguire in tali casi richiede la segnalazione dell'evento e del soggetto coinvolto al lavoratore addetto al primo soccorso presente nella scuola che, verificata la situazione, metterà in atto le azioni relative alla gestione dell'emergenza di carattere sanitario ed effettuerà la chiamata al numero unico di emergenza 118.

### **SOMMINISTRAZIONE IN SEGUITO A MANIFESTAZIONE ACUTA CORRELATA A PATOLOGIA NOTA "EPILESSIA"**

Protocollo d'intervento per i casi di alunni soggetti a crisi epilettiche.

Si fa riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sicurezza e di obblighi di primo intervento 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 sono tenuti ad adoperarsi fattivamente nelle mansioni d'intervento per non intercorrere nell'omissione di soccorso. 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.

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.

**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 tenero 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
- 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.

L'ufficio di segreteria provvederà a trasmettere al plesso di frequenza dell'alunno interessato, unitamente alla certificazione medica presentata, anche il Piano personalizzato di intervento con descritto il comportamento da attuare in caso di bisogno.

#### **Allegati farmaci a scuola**



Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI



2014-2020



MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E ABILITÀ PER L'APPRENDIMENTO (PISA)



Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO PAGANI  
C.so E. PADOVANO – uffici amministrativi Piazza SANT'ALFONSO  
Tel/Fax 0815150347 - 84016 PAGANI  
sae102002@istruzione.it – Cod. Fisc. 80030340659

PEC: sae102002@pec.istruzione.it Sito Web: www.primocircolopagani.gov.it



Allegato 1

SOMMINISTRAZIONE FARMACI AGLI ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO  
MODALITÀ DI COMPORTAMENTO CONCORDATE

con i  Genitori o  Soggetto che esercita la potestà genitoriale  
del/della bambino/a .....  
della classe ..... sez ..... Scuola dell'Infanzia  Scuola Primaria

**Tipologia**

1. In caso di **febbre** alla temperatura di .....al bambino deve essere somministrato.....  
.....per via ..... ed  
immediatamente devono essere contattati i genitori.
2. In caso di **crisi allergiche (punture insetti, alimentare, pollini, ecc.)** al/alla bambino/a deve essere somministrato ..... per via ..... ed  
immediatamente devono essere contattati i genitori.
3. In caso di **crisi convulsiva**, occorre seguire la seguente procedura:  
i docenti di sezione/classe e/o Personale ATA provvedono a:
  - a. chiamare il **Servizio Territoriale di Emergenza 118**
  - b. chiamare i **Genitori**

Per altre patologie si concorderanno procedure mirate.

**La Somministrazione del farmaco** deve avvenire da parte del:

- a. Personale che ha dato la disponibilità;
- b. Personale che ha svolto un Corso di Primo Intervento e Primo Soccorso;
- c. Personale **tutto** presente nella scuola (nell'ordine: Docenti di classe/sezione, Personale ATA) in servizio nel momento del bisogno;

**Reperibilità dei genitori:** Numeri di telefono utili:

.....  
.....

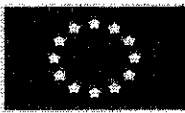
**Conservazione medicinali**

.....  
.....

Personale abilitato a prelevare i medicinali e a somministrarli in caso di bisogno:

.....  
.....

Il Dirigente scolastico Prof. Camilla Angelone	I Genitori	I Docenti	I Collaboratori scolastici
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2014-2020



MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (C12)



Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO PAGANI
C.so E. PADOVANO - uffici amministrativi Piazza SANT'ALFONSO
Tel/Fax 0815150347 - 84016 PAGANI
sae102002@istruzione.it - Cod. Fisc. 80030340659
PEC: saee102002@pec.istruzione.it Sito Web: www.primocircolopagani.gov.it



Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

- genitore
soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore frequentante \_\_\_\_\_ nell'a.s. 20.. /..

la Scuola [ ] Infanzia [ ] Primaria

Plesso Carducci [ ] Manzoni [ ] Rodari [ ] classe ..... Sez. ....

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il seguente/i farmaco/i con certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_ che si allega.

Si dichiara altresì che la validità e relativa data di scadenza del farmaco è stata controllata dalla famiglia. In caso di scadenza durante l'anno si provvederà alla sostituzione del farmaco scaduto.

A tal fine:

AUTORIZZA

- il personale scolastico individuato ed incaricato dal Dirigente alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto;
il minore stesso alla auto somministrazione per età, esperienza, addestramento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e "Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali".

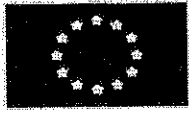
[ ] SI [ ] NO

In fede (Firma)

\_\_\_\_\_

Numeri utili:

Genitori: .....
Medico curante: .....
Altro: .....



Unione Europea

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (PER)



Ministero dell'Istruzione  
dell'Università e della Ricerca

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO PAGANI  
C.so E. PADOVANO – uffici amministrativi Piazza SANT'ALFONSO  
Tel/Fax 0815150347 - 84016 PAGANI  
sae102002@istruzione.it – Cod. Fisc. 80030340659  
PEC: saee102002@pec.istruzione.it Sito Web: www.primocircolopagani.gov.it



**Allegato 3**

**MODULO PER LA DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di Docente/Collaboratore scolastico  
della classe \_\_\_\_\_ in servizio presso il plesso \_\_\_\_\_ vista la richiesta dei  
genitori e la prescrizione del medico curante/ospedaliero (prot. del \_\_\_\_\_)

**SI DICHIARA DISPONIBILE ALLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO**

all'alunno

Cognome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

del farmaco sotto indicato:

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_ durata della  
terapia \_\_\_\_\_ secondo le indicazioni precisate nella  
prescrizione a me consegnata in copia e in base alle modalità di comportamento concordate per la  
somministrazione del farmaco.

Il farmaco è custodito dall'addetto al primo soccorso presso il plesso \_\_\_\_\_  
secondo le modalità di conservazione del farmaco indicate nella prescrizione.

Pagani, \_\_\_\_\_

FIRMA

**COMPILARE E CONSEGNARE IN SEGRETERIA**



Al Dirigente Scolastico  
 Direzione Didattica Statale 1° Circolo  
 PAGANI

### DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre) e la sottoscritta \_\_\_\_\_ (madre)

in qualità di genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ :  
 (Cognome e nome) \_\_\_\_\_ frequentante  
 nell'a.s. 2018/2019 la:

Scuola Infanzia plesso \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_  
 Scuola Primaria plesso \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

#### DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a: *(barrare la voce che interessa)*

non è affetto/a da alcun tipo di allergia

è affetto/a da allergia a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione medica allegata.

è affetto/a da allergia /intolleranza alimentare a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione medica allegata

presenta eventuali problematiche connesse alla salute, da tenere presenti, in particolare nell'attivazione di progetti, visite guidate\viaggi\uscite didattiche: \_\_\_\_\_

#### IN CASO DI ALLERGIA / INTOLLERANZA ALIMENTARE

(ai fini dell'utilizzazione del servizio mensa scolastica):

necessita di usufruire di un servizio dietetico speciale

dieta da seguire o alimenti da evitare: \_\_\_\_\_

si allega piano dietetico/indicazioni mediche da seguire.

Pagani, \_\_\_\_\_ :

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_