

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca



Istituto Comprensivo Statale  
**E. Falchetti - Apice**



*Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado*

Piazza della Sapienza - 82021 APICE (BN) - Tel.-fax- 0824-922063- C.M. - BNIC81700B  
C.F. 92028910625 - Con sede staccata comune di Paduli (BN) Web - <https://www.icapice.edu.it>

Prot. n. 10035 A.26.2

Apice, 20.09.2020

Ai Responsabili di plesso  
Ai Docenti delle scuole di ogni ordine e grado  
Ai Genitori degli alunni per il tramite dei docenti  
Al DSGA  
Al Personale Ata  
Al Sito  
Alla bacheca  
Agli Atti

Oggetto : Somministrazione farmaci in ambito ed orari scolastici – problematiche relative ad intolleranze alimentari

In relazione all'oggetto e facendo riferimento alle Raccomandazioni emanate nel 2005 dal Ministro della Pubblica Istruzione e dal Ministro della Salute si allega la procedura a cui bisognerà attenersi per il corrente a.s. 2019 – 2020

**Si evidenzia che la somministrazione dei farmaci sarà effettuata dal personale della scuola resosi disponibile per la stessa, che abbia seguito corsi di primo soccorso ai sensi della normativa sulla sicurezza o che sia stato adeguatamente informato con il coinvolgimento del medico curante / medico competente e della famiglia.**

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei per la conservazione dei farmaci, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, la scrivente provvederà all'individuazione di soggetti istituzionali presenti sul territorio con i quali stipulare accordi o nel caso non sia attuabile tale soluzione, si potrà ricorrere, mediante apposite convenzioni, ad Enti ed Associazioni di volontariato (es. Croce Rossa).

In assenza delle condizioni prescritte, la scuola darà motivata e formale comunicazione ai genitori o agli esercitanti la potestà genitoriale ed al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno.

E' appena il caso di ricordare a tutto il personale scolastico la richiesta al Sistema nazionale di Pronto Soccorso nelle situazioni gravi e di emergenza. A Tal fine si procederà con il piano di azione indicato nella procedura allegata.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti o personale ATA supplente. Detto personale al momento dell'entrata in servizio dovrà essere informato del piano di intervento dalle insegnanti della classe / sezione interessata.

Si fa presente inoltre nel caso di diete speciali ( ad esempio allergie alimentari o altro) occorrerà richiedere ai genitori la documentazione del medico, con l'indicazione della dieta e degli alimenti da non somministrare.

Richieste di introdurre dolci ed alimenti vari nelle classi per celebrazione di specifiche ricorrenze potranno essere prese in considerazione, a condizione che :

i suddetti alimenti siano acquistati e non confezionati direttamente dai genitori;

tutti i genitori abbiano compilato il modulo specifico di seguito allegato dal quale si evinca la presenza/ assenza di intolleranze alimentari degli alunni.



Il Dirigente scolastico  
Arna Signoriello



## PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

### Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti 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.

Considerato che:

1. 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;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da "formazione in situazione" dal soggetto ASL riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
4. nei casi il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

### Iter procedurale/Modulistica

Per attivare la procedura per la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a consegnare alla segreteria scolastica (utilizzando il disposto modello *(Allegato A)* – *la formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori unitamente al declinato piano sanitario e di intervento autorizzato* 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 e in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare (Allegato E – F) :

- 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;<sup>1</sup>

- 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;
- i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Acquisita dalla scuola la sopraelencata documentazione il Dirigente scolastico, *accertata la disponibilità del personale*, consegna al personale dichiaratosi disponibile il piano sanitario e di intervento acquisito per la somministrazione del farmaco con:

-all. B se trattasi di farmaco salvavita

-all. C se trattasi di farmaco indispensabile

Ricevuto l'anzidetto piano sanitario di intervento, il personale reso dichiaratamente disponibile, procederà a stilare un *verbale* al momento della *consegna farmaco da parte del genitore, come da moduli allegati*:

- all. B/1 verbale per farmaco salvavita
  - all. C/1 verbale per farmaco indispensabile
- 
- Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL 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 alla segreteria scolastica (all. D).
  - Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico consegna il piano sanitario di intervento ed il personale provvede 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.

---

<sup>1</sup> - 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.

**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare alla segreteria scolastica)

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  
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 (i dati sensibili sono i dati  
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

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

Genitori ..... ..

**Allegato B**

**CONSEGNA PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

Al Personale Docente

Al Personle ATA

Oggetto: Consegna piano sanitario di intervento 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 di farmaco **salvavita**, si consegna il correlato piano sanitario di intervento , come acquisito dalla scuola.

Il Dirigente Scolastico

.....

Firma per ricevuta e consegna del personale dichiaratosi disponibile :

Personale Docente :	Personale ATA :

**Allegato C**

**CONSEGNA PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

Al Personale Docente  
Al Personle ATA

Oggetto: Consegna piano sanitario di intervento 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**, si consegna - in allegato alla presente - il correlato piano sanitario di intervento, come acquisito dalla scuola. Pertanto :

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare all'alunno/a secondo l'allegato piano terapeutico e di intervento .
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato <sup>1</sup>.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione<sup>2</sup>:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da<sup>3</sup>:

Il Dirigente Scolastico

.....

Firma per ricevuta e consegna del personale dichiaratosi disponibile :

Il Personale incaricato (firma):

<sup>1</sup>. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

<sup>2</sup>. Indicare il luogo della custodia

<sup>3</sup>. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

**Allegato B/1**

**VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....  
consegna al personale della scuola una confezione nuova ed integra del farmaco  
.....  
*da somministrare al/alla bambino/a in caso di<sup>1</sup> .....*  
*nella dose ..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e*  
*in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott. ....*

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

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

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il/ I genitore/i consegnatario/i

.....

Il Personale Scolastico

.....

<sup>1</sup> Indicare l'evento

**Allegato C/1**

**VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....  
consegna alle insegnanti di classe una confezione nuova ed integra del farmaco  
.....  
da somministrare al/alla bambino/a .....nel/i giorno/i .....alle ore  
..... nella dose ..... *come da certificazione medica consegnata in  
segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott.*  
.....

I genitori:

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

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

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il/I genitore/i consegnatario/i

Il Personale Scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Allegato D**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare alla Segreteria Scolastica )

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 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 (i dati sensibili sono i dati  
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

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

Genitori ..... ..

**Allegato E**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DI OPERATORI DELLA SCUOLA**

Cognome e nome dell'alunno .....

Data di nascita .....residente a .....

In Via .....

Istituto..... Scuola.....classe/ sezione.....

**Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei seguenti farmaci e si dichiara quanto segue:**

Stato della malattia dell'alunno/a.....

Nome commerciale del farmaco da somministrare specificando se trattasi di farmaco salvavita / indispensabile

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

.....

Dose ,modalità e tempi di somministrazione .....

.....

Possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli .....

.....

Modalità di conservazione del farmaco .....

.....

Durata della terapia.....

Fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.....

.....

Si evidenzia l'assoluta non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco , ne' in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco , ne' in relazione ai tempi,alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Luogo e data .....il .....

Timbro e firma del medico

.....

**Allegato F**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO MEDIANTE AUTO – SOMMINISTRAZIONE**

Cognome e nome dell'alunno .....

Data di nascita .....residente a .....

In Via .....

Istituto..... Scuola.....classe/ sezione.....

**Constatata l'assoluta necessità si autorizza la auto - somministrazione in ambito ed orario scolastico dei seguenti farmaci e si dichiara quanto segue:**

Stato della malattia dell'alunno/a.....

Nome commerciale del farmaco da somministrare specificando se trattasi di farmaco salvavita / indispensabile

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

.....

Dose ,modalità e tempi di somministrazione .....

.....

Possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli .....

.....

Modalità di conservazione del farmaco .....

.....

Durata della terapia.....

Fattibilità della auto – somministrazione del farmaco da parte dell'alunno

.....

**L'auto . somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a deve avvenire sempre in presenza del personale della scuola**

Luogo e data .....il .....

Timbro e firma del medico

.....

## **SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA : PROCEDURE E COMPORAMENTI**

Il genitore consegna al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale come da correlato piano sanitario di intervento, consegnato alla segreteria scolastica .

Il genitore provvede a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale termina. Al momento della consegna del farmaco viene stilato correlato verbale, secondo modello predisposto.

Il medicinale viene conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale scolastico.

In presenza dell'evento che – secondo descrizione del piano sanitario e di intervento acquisito dalla scuola – prevede la somministrazione, il personale scolastico – posta la chiamata ai genitori e al 118 – si attiene ai seguenti comportamenti :

### **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 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 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'altra 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 classe .**

Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_ l'Istituto Comprensivo

scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

n. giorni di frequenza settimanale della mensa scolastica: \_\_\_\_\_

Compilare la parte del modulo e barrare il numero progressivo indicato che interessa

- 1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:
- Intolleranza alimentare
  - Allergia alimentare
  - Malattia metabolica ( diabete , celiachia ecc.....)
  - .....
  - .....

Allo scopo allega certificato medico recente in busta chiusa

- 2) Fa presente che il proprio figlio NON è affetto da:
- Intolleranza alimentare
  - Allergia alimentare
  - Malattia metabolica (diabete, celiachia, ecc.....)
  - .....
  - .....

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003  
( Nota importante : il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO

SI

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_