



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "Marvasi Vizzone"
Rosarno - San Ferdinando

Piazza Duomo n° 8 - 89025 Rosarno (RC) - C.M. RCIC825005 - C.F. 91006770803
tel. 0966773550 - E-Mail: rcic825005@istruzione.it – PEC: rcic825005@pec.istruzione.it
Sito Web: <https://icmarvasivizzone.edu.it>

Ai Sigg. Genitori

Ai Sigg. Docenti e Personale ATA

p.c. al Direttore dei SGA

Al Sito web di Istituto

OGGETTO: PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO.

La presente nota, in linea con quanto previsto dalla Regione Calabria, intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Premesso che

- la presenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica;
- il Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministro della Salute hanno emanato, in data 25/11/2005 le "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico";
- l'AGD Italia in collaborazione con il Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione, dell'Università, della Ricerca (Roma, 7 novembre 2013) ha presentato il "Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con Diabete in contesti Scolastici, Educativi, Formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita".
- la Regione Calabria - Decreto Dirigenziale n° 9383 del 30.07.2014 - ha recepito il "Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete in contesti scolastici, educativi, formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita". Approvazione Protocollo d'intesa tra Dipartimento Tutela della Salute e Ufficio scolastico Regionale per la Calabria.
- l'Ufficio Scolastico Regionale - prot. n. 15192 del 30.10.2014 - ha comunicato ai Dirigenti scolastici il Protocollo d'intesa tra Regione Calabria e USR Calabria per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete mellito in contesti scolastici, educativi e formativi.
- con Circolare Ministeriale n. 321 del 10.01.2017 il Ministero dell'Istruzione ha fornito le modalità per la "Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci indispensabili" in orario scolastico.
- con delibera a favore del Consiglio di Istituto, n. 78 del 18 dicembre 2023.

DISPONE LA SEGUENTE PROCEDURA

Procedura/Modulistica

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 una richiesta, sottoscritta da



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "Marvasi Vizzone"
Rosarno - San Ferdinando

Piazza Duomo n° 8 - 89025 Rosarno (RC) - C.M. RCIC825005 - C.F. 91006770803
tel. 0966773550 - E-Mail: rcic825005@istruzione.it – PEC: rcic825005@pec.istruzione.it
Sito Web: <https://icmarvasivizzone.edu.it>

entrambi i genitori, come da allegato modulo (Allegato 1) corredata da 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.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici, tramite l'apposito modulo (Allegato 2), si attengono ai criteri di:

- assoluta necessità;
- somministrazione indispensabile in orario scolastico
- 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;
- fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

dovranno indicare modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dell'alunno;
- patologia dell'alunno;
- nome commerciale del farmaco;
- capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.
- dose da somministrare e modalità di somministrazione;
- PIANO TERAPEUTICO.

Auto-somministrazione

Nei casi in cui l'alunno minore abbia raggiunto una parziale o totale autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, d'intesa con il medico e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, dovrà evidenziare anche la capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.

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

Procedura attuativa

Accettata la documentazione, il Dirigente scolastico:

1. **DISPONE** al personale scolastico la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale e custoditi a scuola, come richiesto dalla famiglia, previa opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia,
2. **INVIA** la documentazione al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale, includendo le informazioni circa:



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "Marvasi Vizzone"
Rosarno - San Ferdinando

Piazza Duomo n° 8 - 89025 Rosarno (RC) - C.M. RCIC825005 - C.F. 91006770803
tel. 0966773550 - E-Mail: rcic825005@istruzione.it – PEC: rcic825005@pec.istruzione.it
Sito Web: <https://icmarvasivizzone.edu.it>

- la presenza di un locale e/o di appositi spazi idonei per l'effettuazione dell'intervento;
 - la destinazione di un locale e/o di appositi spazi idonei per la conservazione dei farmaci e delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente;
 - la presenza dell'attrezzatura necessaria (armadietto, frigorifero, ecc.) per la conservazione dei farmaci;
 - la richiesta di **formazione in situazione** del personale scolastico individuato.
3. **PREDISPONE** l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da esempio (Allegato 2) specificando, se il caso, che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.

Formazione in situazione

Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente Scolastico o con il Responsabile della struttura formativa per la realizzazione della formazione in situazione, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un'apposita scheda (Allegato 3).

Registrazioni

Tutti gli interventi andranno annotati, su di un apposito "registro di somministrazione" (Allegato 4) istituito dal Dirigente Scolastico, a cura da parte del personale che ha effettuato la somministrazione o ha coadiuvato l'alunno all'auto-somministrazione

Integrazione tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza

Nell'applicazione del presente Protocollo, il trattamento dei dati personali e sensibili e tutte le lezioni connesse alla somministrazione dei farmaci sono eseguiti nel rispetto della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Giuseppe EBURNEA

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art. 3, comma 2, D.lgs 39/93*

ALLEGATO 1

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC MARVASI VIZZONE ROSARNO – SAN FERDINANDO**

I sottoscritti _____ e _____
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della scuola _____
nell'anno scolastico _____, affetto da _____
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da
prescrizione medica allegata, rilasciata in data _____ dal Dott. _____

CHIEDONO (*Barrare la voce che interessa*)

di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra

di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:

- La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione).

Si consegnano n. _____ confezioni integre del farmaco denominato _____

Lotto _____ scadenza _____ e relativa prescrizione medica.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data)..... il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

GENITORE: tel fisso _____ tel cell _____

GENITORE: tel fisso _____ tel cell _____

MEDICO CURANTE Dott. _____ tel. _____

NB: - La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico, ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

ALLEGATO 1

I sottoscritti _____ e _____

consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiarano 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. A tal fine acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

In fede,

(Luogo e Data)..... il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

ALLEGATO 2

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

VISTA la richiesta dei genitori e **constatata l'assoluta necessità**;

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ della scuola _____

Sita a _____ in via _____

Affetto/a da _____

Tipologia del farmaco:

Indispensabile

Salvavita

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

Nessuna

Parziale

Totale

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco **INDISPENSABILE**: _____

a) Necessita di SOMMINISTRAZIONE QUOTIDIANA

Orario: 1^ dose _____ 2^ _____ 3^ _____ 4^ _____

Modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Durata della terapia: dal _____ al _____

b) Necessita di SOMMINISTRAZIONE AL BISOGNO

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione: _____

Dose da somministrare: _____

Modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Necessità di **formazione in situazione** da parte di personale sanitario qualificato: Sì No

ALLEGATO 2

Nome commerciale del farmaco **SALVAVITA**: _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione: _____

Dose da somministrare: _____

Modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Necessità di **formazione in situazione** da parte di personale sanitario qualificato: Si No

NOTE: *la somministrazione del farmaco di cui al presente piano terapeutico non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore,*

In fede,

(Luogo e Data)..... il

Timbro e Firma del Medico curante

ALLEGATO 3

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE PRESSO L'IC MARVASI VIZZONE

Nome e cognome dell'alunno _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

Nome e cognome dell'operatore scolastico _____

profilo professionale _____

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO *(in relazione al fatto che si tratta di farmaco indispensabile e salvavita)*

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO DELL'OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

3. CHIUSURA PERCORSO DI FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

(Luogo e Data) il

Firma Operatore Sanitario

ALLEGATO 3

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno _____
con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla
somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, al termine
del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (*padre*)

Firma (*madre*)

(Luogo e Data) il

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ALLEGATO 4

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE PRESSO L'IC MARVASI VIZZONE

Nome e cognome dell'alunno _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

Nome e cognome dell'operatore scolastico _____

profilo professionale _____

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO *(in relazione al fatto che si tratta di farmaco indispensabile e salvavita)*

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO DELL'OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

3. CHIUSURA PERCORSO DI FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

(Luogo e Data) il

Firma Operatore Sanitario

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

(Luogo e Data) il

Firma Operatore Scolastico

ALLEGATO 4

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno _____
con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla
somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, al termine
del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)

Firma (madre)

(Luogo e Data) il

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO
