

tpic81800e@istruzione.it – tpic81800e@pec.istruzione.it - www.iccampobellodimazara.edu.it

PREMESSO che la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto;

CONSIDERATO che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona, configurando precise responsabilità in capo all'istituzione e al personale;

DISPONE

L'adozione della seguente procedura organizzativa interna, finalizzata a garantire il diritto alla salute e all'istruzione degli alunni:

1. Modalità di richiesta (Responsabilità dei Genitori)

La somministrazione deve essere formalmente richiesta dai genitori (o esercenti la potestà genitoriale) tramite apposita modulistica. La richiesta deve essere corredata da una **certificazione medica** che attesti:

- Lo stato di malattia dell'alunno;
- La prescrizione specifica dei farmaci da assumere;
- Le modalità di conservazione, i tempi di somministrazione e la posologia.

2. Compiti del Dirigente Scolastico

A seguito della richiesta scritta, il Dirigente Scolastico provvede a:

- **Verifica Logistica:** individuare un luogo fisico idoneo per la conservazione sicura e la somministrazione dei farmaci;
- **Autorizzazioni:** concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci; al fine di garantire la continuità del servizio e la sicurezza dell'alunno, il docente titolare individuato come somministratore volontario ha l'obbligo di informare tempestivamente il Dirigente Scolastico e il Referente di Plesso circa ogni propria assenza programmata (permessi, ferie, formazione). Tale preavviso è finalizzato a consentire al DS di verificare preventivamente la presenza di un supplente già formato o di altro personale disponibile nel plesso per il periodo di assenza, evitando scoperture del protocollo di sicurezza.
- **Verifica disponibilità:** accertare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (Docenti e ATA) a garantire la continuità della somministrazione, qualora non sia già autorizzata ai genitori.

3. Individuazione e Formazione del Personale

Gli operatori scolastici addetti alla somministrazione possono essere individuati tra il personale che:

- Abbia dato la propria disponibilità;
- Abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del **D. Lgs. 81/08**;
- Abbia svolto obbligatoriamente la specifica **formazione in situazione** relativa al caso specifico dell'alunno.

4. Gestione delle Emergenze

In ottemperanza all'Art. 593 del Codice Penale, il personale scolastico ha l'obbligo di prestare soccorso. In presenza di una situazione di emergenza, indipendentemente dall'avvenuta somministrazione del farmaco salvavita, è fatto obbligo di contattare immediatamente il Numero Unico di Emergenza 112. Il personale dovrà attenersi scrupolosamente alle istruzioni fornite telefonicamente dall'operatore del 112 fino all'arrivo dei soccorsi, fornendo i dati del chiamante, l'indirizzo preciso e la descrizione dell'evento.

La presente procedura ha validità immediata e deve essere portata a conoscenza di tutto il personale e delle famiglie tramite pubblicazione sul sito istituzionale.

Soggetti e destinatari

Oggetto delle presenti Raccomandazioni è la somministrazione di farmaci e di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali a bambini e ragazzi che, affetti da patologie, abbiano tali necessità in orario e ambito educativo, scolastico e formativo.

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità (farmaco indispensabile o salvavita) durante l'orario scolastico, in considerazione dell'idoneità dei locali scolastici alla somministrazione e conservazione del farmaco e previa disponibilità dei docenti e/o del personale A.T.A formati.

I docenti e il personale ATA, invitati dalla DS a dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di tale tipologia di farmaci e, quindi, alla formazione in situazione, saranno specificamente formati dalla ASL/Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta in merito a quanto attinente al piano terapeutico.

La somministrazione da parte del personale scolastico avviene esclusivamente su base volontaria. Qualora, a seguito di formale verifica (Allegato 6) , non sia possibile reperire personale disponibile o qualora il personale formato risulti assente a qualsiasi titolo (malattia, sciopero, permessi), il Dirigente Scolastico ne darà comunicazione immediata e motivata alla famiglia e al Sindaco del Comune di residenza. In tali circostanze, l'onere della somministrazione resta in capo alla famiglia, che potrà accedere ai locali scolastici previa autorizzazione, ovvero la scuola procederà all'attivazione immediata del Sistema di Emergenza 112.

È compito della famiglia:

- ✧ comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al DS, secondo le procedure indicate nelle presenti raccomandazioni, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento;
- ✧ fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità con la sostituzione di nuovo farmaco.
- ✧ informare la scuola che accoglie il bambino o il ragazzo, nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno ad altra scuola, o ad altro Comune/Provincia.

Procedura

1. FASE DI ATTIVAZIONE (A carico della Famiglia)

La procedura si avvia esclusivamente su richiesta formale scritta dei genitori, corredata obbligatoriamente da Certificazione Medica che attesti l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico.

2. FASE DI VALUTAZIONE (A carico della Scuola)

Il Dirigente Scolastico, ricevuta la richiesta, verifica:

- Idoneità dei locali e delle attrezzature (es. frigo, armadietto chiuso).
- Disponibilità volontaria del personale (Docenti/ATA).
- Necessità di formazione specifica.

3. FASE DI CLASSIFICAZIONE DEL PIANO (Snodo)

Al fine di garantire la conformità legale e la corretta gestione clinica, la procedura segue due percorsi distinti e alternativi:

OPZIONE “A”: Patologie Generiche (Farmaci Salvavita/Indispensabili)

- Documento: Si adotta il Piano Terapeutico Base (All. 1).
- Procedura: La scuola redige internamente il PIP (Piano di Intervento Personalizzato) sulla base del certificato medico.

OPZIONE “B”: Diabete Mellito

- Documento: Si adotta esclusivamente il P.I.T. (Piano Individuale di Trattamento) redatto dal Servizio di Diabetologia Pediatrica (SDP).
- Procedura: Il P.I.T. è vincolante e sostituisce qualsiasi altro piano interno. La formazione del personale è attivata sotto supervisione specialistica (SDP).

4. FASE DI FORMALIZZAZIONE ED ESECUZIONE

- Patto di Corresponsabilità: La famiglia viene convocata per sottoscrivere il consenso (Privacy/Modalità) e viene informata che, in caso di assenza improvvisa del personale formato, la scuola contatterà i genitori per una soluzione d'emergenza.
- Consegna Farmaco: Il genitore consegna il farmaco integro firmando apposito verbale.
- Somministrazione: Il personale incaricato esegue la somministrazione attenendosi rigorosamente al Piano selezionato (A o B), senza alcuna discrezionalità tecnica. L'intervento del personale scolastico è di natura meramente esecutiva e non comporta l'esercizio di alcuna discrezionalità tecnica né valutativa. Il personale è tenuto esclusivamente a rilevare l'accadimento di eventi oggettivamente descritti nel Piano Terapeutico e ad applicare il protocollo medico ivi indicato. Ogni valutazione circa l'adeguatezza del piano terapeutico o la diagnosi clinica resta di competenza esclusiva del medico curante e delle autorità sanitarie.

Auto somministrazione

La norma prevede l'autosomministrazione dei farmaci per casi specifici riguardanti alunni di età inferiore ai 14 anni, d'intesa con l'ASL/Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta e la famiglia.

A tale scopo, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che: *“il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola”*.

L'autorizzazione dei genitori all'auto-somministrazione deve essere presentata per iscritto con assunzione di responsabilità anche in merito all'autonomia di conservazione del farmaco - di norma nello zaino/cartella dell'alunno.

L'autorizzazione all'auto-somministrazione solleva l'istituzione scolastica da ogni responsabilità relativa all'accuratezza dell'esecuzione dell'atto sanitario. Il compito del personale scolastico è limitato alla sorveglianza dell'alunno affinché l'atto avvenga in condizioni di sicurezza e decoro. La famiglia si assume la piena responsabilità circa la capacità dell'alunno di gestire autonomamente il dispositivo medico e la conservazione dello stesso, di norma all'interno del corredo scolastico personale.

Luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci e la somministrazione

Il docente fiduciario di plesso propone al DS i luoghi fisici idonei per:

- la conservazione (di norma l'armadietto dei medicinali che deve essere chiuso a chiave);
- la somministrazione o l'autosomministrazione dei farmaci. La somministrazione di farmaci mediante aghi deve avvenire in un luogo appartato, anche per garantire l'incolumità dei compagni;
- i genitori firmano l'assenso alla conservazione e alla somministrazione nei luoghi individuati;
- per i farmaci termolabili che richiedono conservazione in regime di catena del freddo, è fatto divieto assoluto a tutto il personale di aprire il contenitore termico o il frigorifero al di fuori dei momenti strettamente necessari alla somministrazione, al fine di evitare la dispersione della temperatura interna. **Procedura di emergenza (Guasto Elettrico):** *In caso di guasto elettrico prolungato o malfunzionamento del sistema di refrigerazione che possa compromettere l'integrità del farmaco, il referente di plesso dovrà informare immediatamente la famiglia affinché provveda al ritiro o alla sostituzione del presidio. Qualora il farmaco superi i limiti di temperatura previsti dal produttore, esso non potrà essere somministrato e la scuola procederà, in caso di necessità, all'attivazione del 112.*

Durata della terapia/attività a supporto di alcune funzioni vitali

L'autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve contenere anche l'indicazione della durata dell'intervento, che può essere fatta per un periodo predefinito o a lungo termine, secondo l'indicazione del medico curante.

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.

Modifiche o sospensione della terapia

In caso di modifiche dell'intervento (posologia/modalità di somministrazione.) o di sospensione della cura e a seguito di nuova prescrizione del medico curante, la famiglia deve fornire tempestivamente tale informazione insieme alla prescrizione del medico curante, affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione da trasmettere alla scuola.

Partecipazione a uscite didattiche e/o visite scolastiche

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo modalità organizzative da concordare dai docenti direttamente coinvolti con il DS e con la famiglia.

La partecipazione degli alunni che necessitano di farmaci a uscite didattiche o viaggi di istruzione è subordinata alla presenza di personale formato e disponibile all'intervento anche fuori dalla sede scolastica. In assenza di volontari tra i docenti accompagnatori, la scuola concorderà con la famiglia modalità alternative, inclusa la presenza del genitore stesso o di un suo delegato. In assenza di tali condizioni di sicurezza, il Dirigente Scolastico potrà disporre l'impossibilità di partecipazione dell'alunno o l'annullamento dell'attività per l'intero gruppo classe.

Gestione delle emergenze

In ottemperanza all'Art. 593 del Codice Penale, il personale scolastico ha l'obbligo di prestare soccorso. In presenza di una situazione di emergenza, indipendentemente dall'avvenuta somministrazione del farmaco salvavita, è fatto obbligo di contattare immediatamente il Numero Unico di Emergenza 112. Il personale dovrà attenersi scrupolosamente alle istruzioni fornite telefonicamente dall'operatore del 112 fino all'arrivo dei soccorsi, fornendo i dati del chiamante, l'indirizzo preciso e la descrizione dell'evento.

Non disponibilità del personale della scuola

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il DS può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il DS può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il DS è tenuto a darne comunicazione formale e motivata:

- ✍ ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale;
- ✍ al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Gestione dell'emergenza

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso chiamando il numero di telefono 112 ed avvertendo contemporaneamente la famiglia.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

In Allegato - gli atti di cui in elenco:

- ↪ ALLEGATO 1/P.I.T. Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e piano terapeutico/Piano Individuale di Trattamento;
- ↪ ALLEGATO 2 Richiesta di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico;
- ↪ ALLEGATO 3 Verbale di consegna alla scuola del farmaco
- ↪ ALLEGATO 4 Piano di Intervento Personalizzato (PIP);
- ↪ ALLEGATO 5 Richiesta di formazione specifica all'ASL;
- ↪ ALLEGATO 5bis Richiesta di formazione specifica al SDP;
- ↪ ALLEGATO 6 Verifica disponibilità interna alla somministrazione di farmaci salvavita.
- ↪ ALLEGATO 7 Disponibilità per la somministrazione dei farmaci;
- ↪ ALLEGATO 8 Verbale Gruppo di Coordinamento;

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Giulia Flavio



Firmato da:
FLAVIO GIULIA
14/09/2026 08:43:10

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE
DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO***

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dello studente/essa _____
nato/a a _____, in data ____/____/____ residente in _____

Codice Fiscale _____

Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a studente/essa della somministrazione del farmaco _____, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco: ☐ salvavita oppure ☐ indispensabile;

Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato.

A tal fine, il sottoscritto medico attesta che:

☐ **OPZIONE A:** Si allega il **Piano Terapeutico** (*in riferimenti alla norma vigente*) compilato nel presente modulo.

*☒ **OPZIONE B:** Si allega il **P.I.T. (Piano Individuale di Trattamento)** redatto dal Centro Specialistico di Diabetologia Pediatrica (obbligatorio per diabete mellito - Legge 104/92 e le altre leggi applicabili), che costituisce parte integrante e sostanziale della presente certificazione. - *Acquisito agli atti*

Si rilascia al: ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (oppure) ☐ studente/essa di cui sopra su sua richiesta.

_____, (____), ____/____/____

In fede

Timbro e Firma del Medico

(*) il P.I.T. sostituisce la Certificazione Medica

PIANO TERAPEUTICO

Studente/essa

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fiscale _____

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile:** _____

☐ **A1) Necessita di somministrazione quotidiana:**

Orario e dose da somministrare:

☐ Mattina, h. _____, dose _____

☐ Pasto, ☐ prima ☐ dopo _____, dose _____

☐ Pomeriggio, h. _____, dose _____

Modalità di somministrazione del farmaco _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ **A2) Necessita di somministrazione **al bisogno**:**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

Dose da somministrare: _____

Modalità di somministrazione del farmaco: _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

Dose da somministrare: _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Capacità dello studente/essa ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì ☐ No

Necessità di formazione specifica da parte di:

☐ **AUTORITÀ SANITARIA TERRITORIALMENTE COMPETENTE** ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di libera scelta

nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione ☐ Sì ☐ No

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte di

☐ **AUTORITÀ SANITARIA TERRITORIALMENTE COMPETENTE** ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di libera scelta

_____ (____), _____

Timbro e Firma del Medico

In fede

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI SCOLASTICI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Spettabile
Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____,
☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____,
 nato/a a _____ il ____/____/____
 e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____
 ✎ consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
 ✎ in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal ☐ Servizio di Pediatria dell'Autorità Sanitaria Territorialmente Competente _____ ☐ al Dr. _____, in data ____/____/____;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore/dell'esercente la potestà genitoriale che a (barrare la scelta):

- ☐ mio/a figlio/a siano **somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico;
☐ mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Esprimo il consenso affinché il personale della Scuola individuato dal DS, resosi disponibile (*volontario "laico"*), somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al DS, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono	
Famiglia	Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

_____ (____), _____

In fede

firma del genitore/di chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO/PRESIDIO MEDICO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: Verbale di consegna di ☐ farmaco salvavita/indispensabile ☐ presidio per la gestione della patologia cronica dello/a studente/essa (*Cognome, Nome e CF*):

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai Genitori)

In data ____/____/____ alle ore ____:____, il/la sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde) ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo
studente/essa (Cognome e Nome) _____,
nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____
in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del
Plesso _____

consegna all'incaricato (o suo delegato), Sig./Sig.ra _____,
individuato nell'ambito del percorso assistenziale concordato, una confezione nuova ed integra
del/i farmaco/i e/o presidi necessari per la gestione della patologia (es. Insulina, Glucagone,
Adrenalina autoiniettabile, ecc.):

- 1) _____
- 2) _____

da somministrare esclusivamente secondo le modalità stabilite dal Piano
Terapeutico/P.I.T. rilasciato da struttura pubblica del SSN. Tale documentazione sanitaria
prevale su ogni altra disposizione o procedura interna della scuola, in quanto definisce tempi,
posologia e modalità di somministrazione e conservazione non discrezionali.

Documento rilasciato da (barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di Pediatria/Diabetologia SDP della Autorità Sanitaria Territorialmente
Competente _____

☐ Medico Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.) Dr. _____

☐ Medico di Medicina Generale (M.M.G.) Dr. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni in esso indicate, nel seguente
luogo: _____

Al fine di garantire il diritto alla salute e la sicurezza del minore, la Scuola assicura che il
farmaco/presidio sia immediatamente accessibile al personale individuato durante tutto l'orario
scolastico.

Le chiavi o i duplicati (se custodito in luogo chiuso) sono prontamente reperibili presso:
_____.

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine
dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico
successivo, se necessario.

Si impegna inoltre a rifornire la Scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il
medicinale sarà terminato o scaduto e a comunicare immediatamente ogni variazione di
trattamento.

La famiglia prende atto che la scuola non è dotata di sistemi di continuità elettrica (UPS)
per i frigoriferi e che, in caso di guasto tecnico non imputabile a negligenza, la responsabilità

del deterioramento del farmaco resta in capo ai genitori. Si ribadisce l'obbligo di ritiro del farmaco a fine anno scolastico.

Con la firma del presente verbale, la famiglia dichiara di aver verificato l'integrità del farmaco e si assume l'onere esclusivo del monitoraggio della data di scadenza e del tempestivo reintegro della scorta. La scuola è esonerata da ogni responsabilità in caso di inefficacia del trattamento dovuta a farmaco scaduto o deteriorato per cause non imputabili a palese negligenza nella conservazione.

_____ (____), ____/____/____

Firma dell'incaricato (per ricevuta) _____

Firma del genitore/esercente la potestà genitoriale _____

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO "PIP"

Alla Famiglia dello studente/essa _____

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti/Docenti della classe _____ sezione _____

Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Alla Autorità Sanitaria Territorialmente Competente _____

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato "PIP" per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico allo studente/essa _____

I sottoscritti:

DS _____

☐ Dr. _____ del Servizio di pediatria dell'autorità Sanitaria Territorialmente Competente _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dr. _____

☐ medico di medicina generale Dr. _____

Vista la richiesta di somministrazione farmaci con autorizzazione presentata dal ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata in data ____/____/____ dal:

☐ Dr. _____ del Servizio di pediatria dell'Autorità Sanitaria Territorialmente Competente _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dr. _____

☐ medico di medicina generale Dr. _____

nella quale si attesta l'assoluta necessità, in orario scolastico, di somministrazione il farmaco (nome commerciale/principio attivo) _____ da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde):

☐ salvavita (oppure) ☐ indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a:

- ☐ somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a studente/essa;
- ☐ ad assistere lo studente/essa nella autosomministrazione del farmaco, secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali/luoghi idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati/atti di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Autorità Sanitaria Territorialmente Competente/formazione ricevuta in materia, che sono parte integranti del presente documento;

PRESO ATTO CHE

Il presente Piano di Intervento Personalizzato:

- ☐ Definisce le modalità di intervento sulla base del Piano Terapeutico allegato.
- ☐ Recepisce integralmente le prescrizioni contenute nel P.I.T. prot. n. ___ del ___ rilasciato dal SDP di _____, che costituisce parte sostanziale e inderogabile del presente atto.

DISPONGONO

- ✍ Che il farmaco venga consegnato dal ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa al responsabile incaricato Sig./Sig.ra _____;
- ✍ che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale/luogo: _____;
- ✍ che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- ✍ che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): _____;
- ✍ Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Qualifica/Attività	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Note

Firma

Il Dirigente Scolastico

☐ Per l'Autorità Sanitaria Territorialmente Competente _____

☐ Il Medico/Pediatra _____ Dr. _____

Il sottoscritto ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa
(Cognome e Nome) _____, nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____,
che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Viste le determinazioni assunte dal DS _____ e dal

- ☐ Dr. _____ del Servizio di pediatria dell'Autorità Sanitaria
Territorialmente Competente _____
- ☐ medico pediatra di libera scelta Dr. _____
- ☐ medico di medicina generale Dr. _____

con la presente:

- ☐ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le
prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento
Personalizzato;
- ☐ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel
PIP nei seguenti orari _____.

_____ (____), _____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale



ISTITUTO COMPRENSIVO "PIRANDELLO - S. G. BOSCO"

P.zza Addolorata, 1 - 91021 Campobello di Mazara (TP)

Tel. segr. 0924 47674 - C. F. 81000910810

tpic81800e@istruzione.it - tpic81800e@pec.istruzione.it - www.iccampobellodimazara.edu.it

Documento adottato dal Dirigente Scolastico, legale rappresentante dell'Istituzione scolastica.

Spett.le

☐ Autorità Sanitaria Territorialmente Competente _____

Servizio di Pediatria / Diabetologia

☐ Medico Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.) Dr. _____

☐ Medico di Medicina Generale (M.M.G.) Dr. _____

Sede

Il Dirigente Scolastico

Ai sensi della normativa vigente;

Tenuto conto del dovere di garantire il diritto alla salute e all'istruzione in condizioni di sicurezza

Vista la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Visto il Piano Terapeutico allegato alla richiesta;

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione;

CHIEDE

con carattere di urgenza, anche su istanza della famiglia, l'attivazione di un modulo formativo rivolto al personale docente e ATA che ha manifestato la propria disponibilità.

Si resta in attesa di comunicazione urgente circa la data e le modalità (preferibilmente presso la sede scolastica per valutazione logistica) di svolgimento della predetta formazione.

Distinti Saluti.

_____, _____

Il Dirigente Scolastico

_____*



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



Regione Siciliana

ISTITUTO COMPRENSIVO "PIRANDELLO - S. G. BOSCO"

P.zza Addolorata, 1 - 91021 Campobello di Mazara (TP)

Tel. segr. 0924 47674 - C. F. 81000910810

tpic81800e@istruzione.it - tpic81800e@pec.istruzione.it - www.iccampobellodimazara.edu.it

Richiesta Formazione al SDP

Documento adottato dal Dirigente Scolastico, legale rappresentante dell'Istituzione scolastica.

Spett.le

Servizio di Diabetologia Pediatrica "SDP" di _____,

☐ Autorità Sanitaria Territorialmente Competente _____ Servizio di pediatria

☐ medico pediatra di libera scelta Dr. _____

☐ medico di medicina generale Dr. _____

☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa

Sede

Oggetto: Richiesta formazione del personale scolastico alla somministrazione del farmaco di cui alle prescrizioni contenute nel P.I.T. prot. n. ____ del ____ rilasciato dal SDP di ____.

Ai sensi della normativa vigente ed in attuazione a quanto stabilito dal "*Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete mellito in contesti scolastici, educativi, formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita*"

Vista la certificazione medica e il P.I.T. prot. n. ____ del ____ rilasciato dal SDP di _____, allegato alla richiesta;

Considerata la necessità di formazione di cui in oggetto per poter definire le modalità di gestione del dicente durante le attività didattiche:

(Cognome e Nome) _____, nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____,
che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

si chiede di organizzare, a stretto giro, incontro per quanto in argomento, comunicando data e modalità.

In attesa di cortese Vs prossimo contatto, si porgono distinti saluti.

Il Dirigente Scolastico

*



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



Regione Siciliana

ISTITUTO COMPRENSIVO "PIRANDELLO - S. G. BOSCO"

P.zza Addolorata, 1 - 91021 Campobello di Mazara (TP)

Tel. segr. 0924 47674 - C. F. 81000910810

tpic81800e@istruzione.it – tpic81800e@pec.istruzione.it - www.iccampobellodimazara.edu.it

Documento adottato dal Dirigente Scolastico, legale rappresentante dell'Istituzione scolastica.

Spett.le

A tutti Docenti

Ai Genitori

Al Personale Ata

Al Sito web

Oggetto: Verifica disponibilità interna alla somministrazione di farmaci salvavita.

In considerazione del fatto che nell'Istituto sono presenti studenti/esse affetti da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita/indispensabili,

si chiede

a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà necessario effettuare un'apposita "formazione in situazione".

Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo Soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, deve comunicare la propria disponibilità compilando il seguente modulo denominato "Allegato 7".

Il Dirigente Scolastico

_____*

Spett.le

Dirigente Scolastico
(intestazione della scuola)

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci salvavita/indispensabili agli alunni in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di ☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico, ☐ formato al primo soccorso, considerata la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e posta agli atti della scuola.

_____ (____), _____

Firma

ISTITUTO COMPRENSIVO "PIRANDELLO - S. G. BOSCO"

P.zza Addolorata, 1 - 91021 Campobello di Mazara (TP)

Tel. segr. 0924 47674 - C. F. 81000910810

tpic81800e@istruzione.it - tpic81800e@pec.istruzione.it - www.iccampobellodimazara.edu.it

Verbale Gruppo di Coordinamento Diabete

Documento adottato dal Dirigente Scolastico, legale rappresentante dell'Istituzione scolastica.

Verbale Incontro Scuola

Tipo di riunione:

☒ ORDINARIA: ☒ annuale ☐ semestrale ☐ altro _____☐ STRAORDINARIA:

In data _____ alle ore _____, seguendo le norme vigenti, sono stati convocati e hanno partecipato i seguenti sotto notati:

_____ in qualità di Dirigente Scolastico protempore

” ”

Dr. _____ personale del Distretto Sanitario/Autorità
Sanitaria Territorialmente Competente/SDP

Dr.ssa _____

I/Il ☐ Genitori/e dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il
_____/_____/_____ e residente a _____ in Via _____,
che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;**Vengono affrontati i seguenti punti all'ordine del giorno:**☐ Descrizione generale della patologia a cura del personale del: ☐ DS ☐ SDP☐ Presentazione del Piano Terapeutico Individuale;↳ è richiesta assistenza domiciliare integrata (ADI): ☐ Si; ☐ No;↳ è necessario uno schema alimentare personalizzato: ☐ Si; ☐ No;

Le sessioni di Formazione/Informazione del personale scolastico coinvolto sono fissate in data: _____

La somministrazione del farmaco salvavita (Glucagone) sarà effettuata da:

COGNOME e NOME	Qualifica/Attività	Note

L'effettuazione dello stick ed eventuale somministrazione di insulina sarà effettuata da:

COGNOME e NOME	Qualifica/Attività	Note

L'incontro intermedio per verificare l'andamento dell'inserimento è fissato per: _____

Note:

Dopo aver esaurito tutti gli argomenti all'Ordine del Giorno e constatato che nessun partecipante ha richiesto la parola, la riunione è stata ufficialmente chiusa alle ore _____ dello stesso giorno.

Il presente verbale è:

- ↳ stato letto, confermato e sottoscritto da tutti i partecipanti elencati nel cappello introduttivo.
- ↳ messo a disposizione di tutti i partecipanti per la consultazione e per chi ne abbia necessità, in conformità alle leggi vigenti.
- ↳ stato firmato dai presenti nel pieno rispetto delle norme di legge:

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

Firma del personale del Distretto Dr.

Firma del Dirigente Scolastico

_____*

APPENDICE

Perché possa essere somministrato un farmaco all'alunno, durante l'orario scolastico, in particolari situazioni di patologia cronica, occorre che venga presentata una richiesta scritta redatta dal medico curante e presentata dal genitore al Dirigente Scolastico.

Il Dirigente scolastico si avvarrà della consulenza del Medico Curante del bambino o del Pediatra di libera scelta.

Quindi, verificata l'applicabilità del protocollo insieme al personale coinvolto (somministrazione di farmaci che, naturalmente, possa essere compiuta da soggetto diverso rispetto al medico o dall'infermiere specializzato), il Dirigente Scolastico darà, se crede, la propria autorizzazione al personale scolastico che firma per accettazione.

In caso di patologie quali: diabete, convulsioni, allergie gravi ecc., il protocollo prevede anche un incontro informativo-formativo sulla specifica patologia e sulle modalità di intervento, rivolto agli insegnanti della classe/sezione, al personale ATA e ai genitori.

Resta comunque prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza (chiamata al Numero Unico Gestione Emergenze 112).

CRITERI PER L'ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA POSSIBILI CASI D'EMERGENZA

SHOCK ANAFILATTICO

I sintomi possono esordire con prurito (palpebre, bocca), nausea, talvolta orticaria, sudorazione, irritabilità, broncospasmo e laringospasmo (grosse difficoltà respiratorie con respiro corto frequente e sibilante), collasso.

Intervento immediato:

1. Rimuovere la causa dell'allergia (se è conosciuto e se è possibile);
2. Chiamare il 112 ed i genitori;
3. Somministrare adrenalina secondo le indicazioni contenute nel certificato del medico curante e seguire al contempo le indicazioni telefoniche del 112 in attesa del suo arrivo.

È possibile (più frequente) che in un soggetto allergico si scatenino reazioni meno violente, ma comunque a rischio d'evoluzione verso lo shock anafilattico, quali: edema e prurito buccale con iniziali difficoltà respiratorie. In tal caso va somministrato un cortisonico orale alle dosi consigliate nel succitato certificato medico e va comunque chiamato il 112.

In caso di importante broncospasmo in un **bambino asmatico** l'immediata somministrazione di salbutamolo sotto forma di spray inalante (*Ventolin®* spray) può risultare salvavita. Anche in questo caso è fondamentale un attestato medico, indicante il dosaggio e la capacità del bambino di assumere spray inalanti o la necessità dell'uso di distanziatori.

CONVULSIONI

Intervento immediato:

1. Posizionare correttamente il soggetto, secondo le indicazioni fornite dal Medico curante;
2. Chiamare il 112 ed i genitori;
3. Somministrare diazepam per via rettale (Micronoan) al dosaggio precedentemente indicato dal medico curante e seguire le indicazioni del 112 in attesa del suo arrivo.

Nei bambini di età inferiore ai 6 anni, con precedenti di convulsioni febbrili, è importante, se la temperatura ascellare supera i 38°C, somministrare immediatamente un antipiretico del tipo e alle dosi indicate dal Medico curante.

NUMERO UNICO GESTIONE EMERGENZA 112

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALLA CHIAMATA

- ➔ Numero telefonico e nominativo del chiamante;
- ➔ Indirizzo preciso di dove è accaduto l'evento (Comune, via, numero civico);
- ➔ Riferimenti utili;
- ➔ Descrizione dell'accaduto;
- ➔ Numero delle persone coinvolte e loro condizioni.

Nota Bene

Rispondere con calma alle domande che vengono poste dall'operatore: fornire informazioni non è una perdita di tempo poiché questi ulteriori elementi consentono di attivare soccorsi adeguati e di fornire le nozioni utili per gestire l'evento in attesa dei soccorsi.