

# SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

<http://mo.istruzioneer.gov.it/wp-content/uploads/sites/6/2019/02/Protocollo-somministrazione-Farmaci-a-Minori.pdf>

Modena 26.09.2019



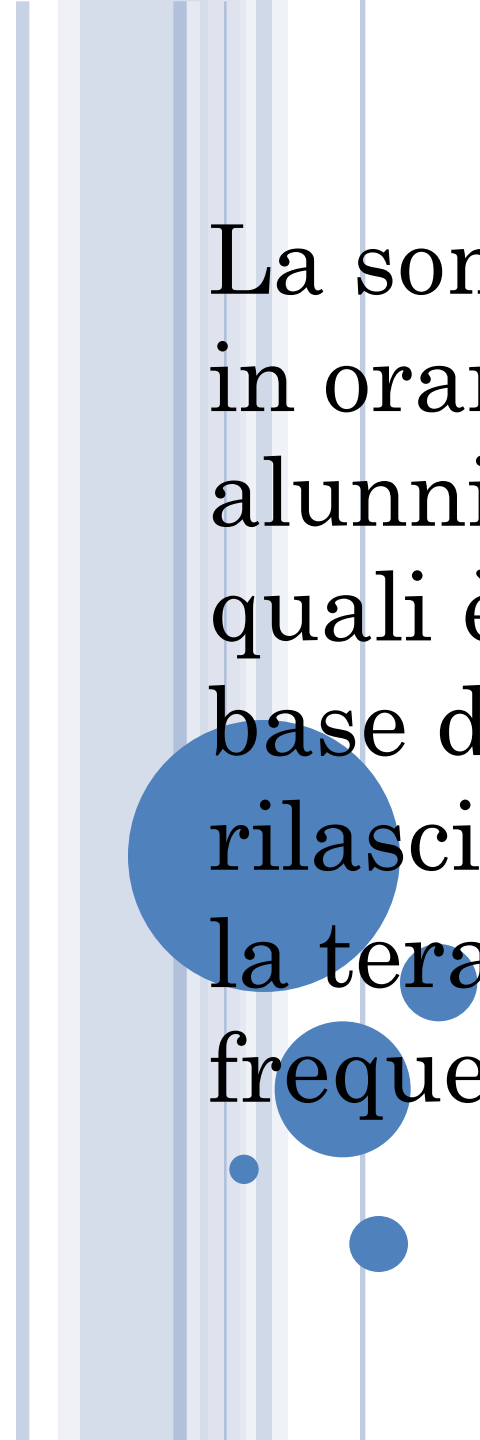
IL PROTOCOLLO PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A  
MINORI NEI CONTESTI EXTRA –  
FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI,  
NELLA PROVINCIA DI MODENA, nasce  
dall'esigenza di garantire e facilitare  
l'inserimento nei contesti scolastici ed  
educativi di ragazzi affetti da malattie  
croniche, che richiedono la somministrazione  
di farmaci e/o per i quali possono rendersi  
necessari interventi di emergenza.



- diritto alla salute sancito dalla Costituzione della repubblica Italiana, art. 32
- diritto allo studio sancito dalla Costituzione della repubblica Italiana, art. 34.

Entrambi questi diritti sono richiamati, tra altri, nella Dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'O.N.U. il 20 Novembre 1989 (L.176/91).





La somministrazione di farmaci in orario scolastico riguarda alunni affetti da patologie per le quali è **indispensabile**, sulla base di specifica certificazione rilasciata dal pediatra, assumere la terapia durante le ore di frequenza scolastica.

## 2.2 Prescrizione / Certificazione del Medico Curante

Il medico curante (Pediatra di libera scelta, Medico di medicina generale, Medico NPI), tenuto conto dei criteri di cui al punto precedente, redige la prescrizione dei farmaci in orario e ambito scolastico/educativo/di comunità semiresidenziale ( Allegato 1 ), specificando:

- nome e cognome del minore/studente
- data e luogo di nascita
- nome commerciale/principio attivo del farmaco prescritto
- dose ed orario per la somministrazione quotidiana o programmata
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione occasionale in situazione di emergenza/urgenza
- modalità di conservazione del farmaco
- eventuali norme di primo soccorso
- durata della prescrizione

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI  
EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Allegato 1

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO\***

**Considerata l'assoluta necessità**

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE** dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Modalità di conservazione dei farmaci .....

.....  
.....  
.....

# DURATA DELLA TERAPIA

La certificazione per la somministrazione dei farmaci deve precisare la durata della validità della prescrizione, che può essere fatta per un periodo predefinito e convenzionalmente per l'anno scolastico o per 12 mesi dalla data di prescrizione, secondo l'indicazione del medico prescrittore.



La prescrizione per la somministrazione del farmaco va **consegnata in segreteria** all'attenzione del DIRIGENTE SCOLASTICO da parte della famiglia o da chi esercita la potestà genitoriale oppure dallo studente se maggiorenne.





**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**  
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa/Responsabile comunità semiresidenziale)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa  
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità

Sede \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola/servizio educativo/comunità semiresidenziale

**CHIEDO**

- di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a
- che il/la sig/ra \_\_\_\_\_ da me formalmente delegato possa accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

oppure :

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori.

**CHIEDO**

- la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico

- l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_

➤ Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

- autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco
- incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo.

=====

Allegato 4

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura del Dirigente scolastico/Responsabile di struttura educativa  
e da adeguare al singolo caso)

Al personale della Scuola/Struttura  
educativa coinvolto.

cl./sez. \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A seguito della richiesta del \_\_\_\_\_ inoltrata dai genitori/da chi esercita la potestà genitoriale di  
\_\_\_\_\_ cl./sez. \_\_\_\_\_ Scuola/Struttura educativa \_\_\_\_\_  
il Dirigente Scolastico/Responsabile, il personale della scuola/struttura educativa ed i genitori si  
sono accordati circa la possibilità e la modalità di somministrazione e conservazione dei farmaci a  
scuola.

Farmaco: \_\_\_\_\_, conservato \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_, conservato \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

Per la somministrazione attenersi alle prescrizioni mediche allegate.

***I genitori o chi esercita la potestà genitoriale autorizzano il personale in indirizzo ad  
applicare la procedura e sollevano detto personale da ogni responsabilità derivante dalla  
somministrazione del farmaco stesso.***

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

tel./cell. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

Il Genitore\*/ o chi esercita la potestà genitoriale

il Dirigente Scolastico

\* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Il personale della Scuola/Struttura educativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Nota congiunta USR-ER e RER relativa a  
“Somministrazione di farmaci in contesti extra-  
familiari, educativi o scolastici, a soggetti in età  
evolutiva **con diabete di tipo 1** – Informazioni e  
suggerimenti in relazione all’utilizzo di nuove  
tecnologie”

2 settembre 2019

<http://istruzioneer.gov.it/?s=diabete>



- l'assistenza di alunni con diabete, che comporti la somministrazione di farmaci, si configuri come una attività che non richiede necessariamente la presenza di un professionista sanitario, né implica l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi interviene previa formazione;
- nella necessità programmata e quotidiana, la stessa somministrazione avvenga nell'ambito del contesto usuale di vita del bambino (classe, struttura educativa, ...), per rendere "normale" l'atto stesso<sup>5</sup> e sostenere l'accoglimento educativo del bambino nella sua condizione concreta.

Nei casi di bambini che non abbiano ancora raggiunto l'autonomia nei controlli e somministrazione di insulina, l'esperienza accumulata negli anni suggerisce di cercare sempre, come prima soluzione, il coinvolgimento volontario del personale della scuola e dei servizi educativi. Questi, *"in caso di bisogno e se fa parte del personale addetto che ha dato la propria disponibilità ed ha effettuato una specifica formazione, somministra l'insulina, secondo le indicazioni del piano individuale di trattamento diabetologico"*<sup>1</sup>.



**PERCORSO DI  
OSSERVAZIONE/RILEVAZIONE DI  
EVENTUALI DIFFICOLTA' DI  
APPRENDIMENTO O SITUAZIONI  
PROBLEMATICHE**



Nel caso in cui un docente abbia il dubbio che un suo alunno presenti un Bisogno Educativo Speciale e/o venga a conoscenza di situazioni inerenti l'ambito di intervento di cui alla direttiva 27.12.12 e CM 8 del 06.03.13, deve segnalarlo al D.S., al Coordinatore di classe e al Referente Inclusione che seguiranno la seguente procedura:

1. condivisione e confronto con il Consiglio di Classe delle problematiche emerse e dei bisogni dell'alunno;
2. comunicazione delle informazioni raccolte al D.S. ed al Referente Inclusione
3. convocazione dei genitori da parte del D.S. e/o del Coordinatore di classe



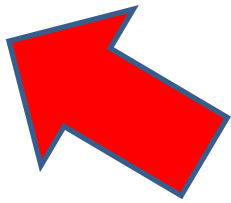
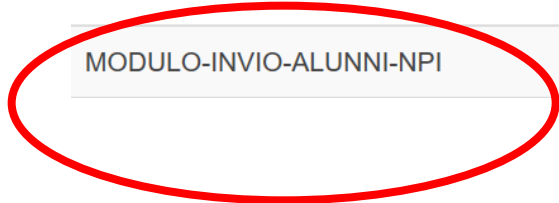
In base ai risultati delle prime tre fasi, eventuale invito, rivolto ai genitori, ad approfondire le problematiche emerse rivolgendosi agli operatori sanitari delle Asl competenti (medico di base, medico specialista ecc.) o attivazione delle procedure previste dalla normativa.

<https://www.ic3modena.edu.it/segreteria-ufficio-urp/moduli-per-il-personale/>



# Moduli per il personale

Documentazione Inclusione Scolastica	TIPO
<a href="#">Accordo_di_programma integrazione scolastica</a>	Pdf
<a href="#">Allegati-accordo-programma-integrazione-scolastica</a>	Pdf
<a href="#">PAI-IC3-MODENA</a>	Pdf
<a href="#">MODULO-INVIO-ALUNNI-NPI</a>	docx







Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

**ISTITUTO COMPRENSIVO 3 di MODENA**

**Proposta di invio ai servizi specialistici per l'approfondimento diagnostico nell'ambito del monitoraggio degli apprendimenti della letto-scrittura (classi prime e seconde)**

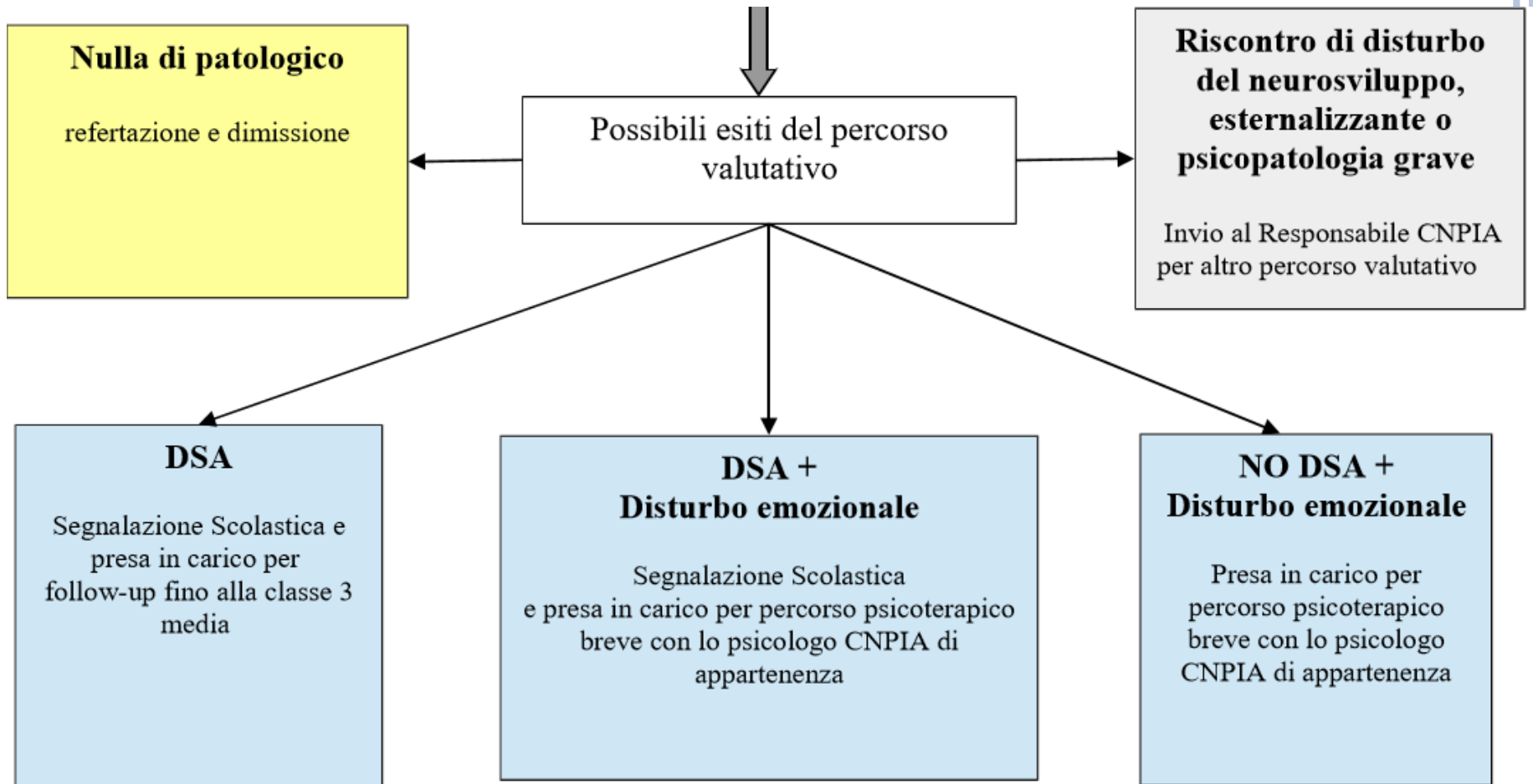
**Per le classi successive cancellare la parte relativa alle classi frequentate**

<b>SCUOLA</b>	
<b>CLASSE</b>	
<b>INSEGNANTI</b>	
<b>NOME DELL'ALUNNO/A</b>	
<b>OSSERVAZIONI DEGLI INSEGNANTI MOTIVANTI L'INVIO</b>	
<b>RISULTATI PROVE DI LETTOSCRITTURA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• dettato</li><li>• MTC</li><li>• MTR</li></ul>
<b>RISULTATI PROVE DI MATEMATICA</b>	( in mancanza di valori di riferimento, si possono riportare considerazioni in forma discorsiva)



Il modulo di INVIO al servizio di NPIA necessita della firma dei **DOCENTI, GENITORI e DIRIGENTE SCOLASTICO**, poi riconsegnato alla famiglia che provvede a portarlo al pediatra per la richiesta di **VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA**





Va ricordato che **spetta alla famiglia** o chi esercita la potestà genitoriale consegnare ogni tipo di referto alla segreteria della scuola, la quale provvederà a datarlo e a protocollarlo, ufficializzando la ricezione dello stesso.

Copia del documento in busta chiusa verrà inviato, tramite posta interna, ai docenti.

