



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 – Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



alla c.a. del Direttore SGA
degli uffici di segreteria
del personale docente
al personale ausiliario

ICS MANZONI - CASTELLANZA

OGGETTO: AGGIORNAMENTO TRASMISSIONE PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Si trasmette in allegato l'aggiornamento della procedura in oggetto, confermando che il farmaco va conservato pronto all'uso:

- nella classe dell'alunno
- in palestra
- in mensa.

Si ricorda che il farmaco va portato anche quando la classe effettua uscite didattiche o viaggi di istruzione.

L'ultima versione del protocollo e degli allegati è messa a disposizione degli interessati sul sito dell'Istituzione scolastica nella sotto-sezione "Protocollo somministrazione farmaci a scuola":

<https://istitutocomprensivocastellanza.edu.it/la-scuola/le-carte/84-protocollo-somministrazione-farmaci-a-scuola>

La documentazione completa dei suoi allegati, disponibili in formato modificabile e PDF, è utilizzabile visitando il sito web dell'Istituto, raggiungibile all'indirizzo

<https://istitutocomprensivocastellanza.edu.it/>, selezionando il menù "Scuola", quindi accedendo alla sezione "Le carte della scuola" e alla sottosezione "Protocollo di somministrazione farmaci a scuola".

Novità principali:

- all'atto della richiesta è necessario consegnare anche il modulo A/2 (presa visione informativa privacy)
- nel caso in cui la richiesta riguardi la somministrazione di farmaci salvavita è necessario inviare richiesta di formazione del personale dell'ASST competente tramite l'allegato H);
- è esplicitata la necessità di inviare l'informazione al personale durante la fase di richiesta disponibilità attraverso l'invio del modello G insieme alla richiesta di disponibilità stessa (modello B).

Si coglie l'occasione di ringraziare per la preziosa collaborazione.
Distinti saluti.

Castellanza, 18/01/2023

Il dirigente scolastico
Prof. Giuseppe Rizzo



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 - Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



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:

- 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;
- tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica informazione, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
- 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 che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (**modulo A**) 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 dovranno dichiarare (anche utilizzando il **modulo C** allegato):

- 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;
- a 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 (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);
- 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;



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

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, gli uffici di segreteria trasmettono la circolare di accertamento della disponibilità del personale inviando il **modello B** insieme all'**allegato G**. Accertata la disponibilità occorre, predisporre l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- modello D/1 se trattasi di farmaco salvavita
- modello D/2 se trattasi di farmaco indispensabile.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano di le insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- modello E/1 verbale per farmaco salvavita
- modello E/2 verbale farmaco indispensabile

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con il medico curante 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". La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta, comprensiva del modulo di presa visione della relativa informativa sulla privacy, che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico (**modelli A/1 e A/2**).

Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola (modello E/1 oppure E/2 cfr. infra), 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.

Ultima versione del protocollo e degli allegati

Il protocollo e gli allegati sono sottoposti a periodica revisione. L'ultima versione del protocollo e degli allegati è messa a disposizione degli interessati sul sito dell'Istituto comprensivo, menù "Scuola", sezione "Le carte della scuola", sottosezione "Protocollo somministrazione farmaci a scuola" o utilizzando questo link:

<https://istitutocomprensivocastellanza.edu.it/la-scuola/le-carte/84-protocollo-somministrazione-farmaci-a-scuola>

Richiesta svolgimento attività formative in ambito di somministrazione farmaci salvavita

Dopo la ricezione delle richieste di autorizzazione da parte della famiglia che riguarda la somministrazione di farmaci cosiddetti "salvavita", il personale di Segreteria incaricato provvederà a compilare il modello di cui all'allegato I affinché venga trasmesso all'azienda sanitaria locale di competenza per il distretto scolastico.



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 - Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



Allegati

- Allegato A/1 - [richiesta al dirigente scolastico](#)
- Allegato A/2 - [presa visione informativa privacy](#)
- Allegato B - [modello disponibilità personale scolastico](#)
- Allegato C - [modulo da compilare da parte del medico curante](#)
- Allegato D/1 - [modello autorizzazione farmaco salvavita](#)
- Allegato D/2 - [modello autorizzazione farmaco indispensabile](#)
- Allegato E/1 - [modello verbale farmaco salvavita](#)
- Allegato E/2 - [modello verbale farmaco indispensabile](#)
- Allegato F - [piano di azione](#)
- Allegato G - [Documentazione informativa sulla somministrazione dei farmaci salvavita più diffusi](#)
- Allegato H - [Richiesta per attività formative ASST di competenza](#)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza**

Il/La sottoscritt/a
in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore
Cognome Nome.....
nato/a il/...../..... e frequentante nell'anno scolastico
...../..... la classe sez. della scuola
di
essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità

**CHIEDE
(barrare le voci che interessano)**

sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

- la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
- la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data
..... dal Dott.

sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

- al periodo dal/...../..... al/...../.....
- al corrente anno scolastico/.....

MODALITÀ DI CUSTODIA DEL FARMACO

- Custodito dal personale scolastico
- Custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C), recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la

somministrazione, e modulo di presa visione dell'Informativa sulla privacy sulla somministrazione di farmaci a scuola (**modulo A/2**).

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento. Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data.....

Firme di entrambi i genitori o tutori

.....

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

PRESA VISIONE INFORMATIVA PRIVACY SULLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

L'Istituto Comprensivo "A. Manzoni" di Castellanza (VA), (telefono 0331 504233 – email vaic81700p@istruzione.it – pec vaic81700p@pec.istruzione.it) nella persona del Dirigente Scolastico, legale rappresentante *pro tempore*, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali (di seguito, il "Titolare" o la "Scuola"), fornisce ai genitori/tutori degli studenti e agli stessi studenti alcune informazioni sui trattamenti dei dati personali che li riguardano nell'ambito della richiesta inoltrata alla Scuola di somministrazione di farmaci salvavita. Il trattamento dei dati personali, richiesti per la somministrazione dei farmaci, attraverso i moduli presentati al Titolare, sarà esclusivamente finalizzato per effettuare la somministrazione di farmaci salvavita da parte del personale della scuola appositamente incaricato. La base giuridica del trattamento è il consenso esplicito dell'interessato, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. a) del GDPR nonché la tutela di un interesse vitale, ai sensi dell'art 9), comma 2, lett. c) del GDPR. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza minime e delle regole di riservatezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Nei limiti pertinenti alle finalità sopra indicate, i dati personali potranno essere conosciuti da parte dei soggetti appositamente autorizzati dal Titolare e comunicati alla ATS/ASST di riferimento in specifici casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi. I dati raccolti non saranno invece comunicati/diffusi a terzi se non nei casi previsti od imposti dal Protocollo per la somministrazione di farmaci a scuola e dalla legge, secondo le modalità in essa contenute. I dati personali, oggetto di trattamento, saranno conservati, per il tempo in cui il Titolare del trattamento è soggetto ad obblighi di conservazione previsti, da norme di legge. Gli interessati hanno facoltà di esercitare i diritti previsti ai sensi della normativa vigente (artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22 del GDPR) nonché di proporre reclamo all'Autorità di controllo dello Stato di residenza (Garante Privacy). Il responsabile della protezione dei dati della Scuola è il Dott. Federico Croso, ed è contattabile al numero telefonico: 0163 03 50 22 o all'indirizzo email: dpo@gdprscuola.it.

I sottoscritti _____

In qualità di Genitori / Tutori dell'alunno/a

_____ frequentante la classe _____ sez. _____ (di seguito, "Studente").

DICHIARANO

di aver preso visione dell'Informativa privacy sopra riportata e conseguentemente ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003

- PRESTANO IL PROPRIO CONSENSO**
- NON PRESTANO IL PROPRIO CONSENSO** (e in tale caso la scuola non potrà somministrare i farmaci salvavita allo Studente)

al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. a) del GDPR per la somministrazione dei farmaci per le modalità e finalità indicate nell'informativa.

Luogo e data: _____

Firma di entrambi i Genitori* / Tutori _____

*Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 - Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



a tutto il personale scolastico
ICS MANZONI - CASTELLANZA

**VERIFICA DISPONIBILITÀ PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
SALVAVITA**

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente un allievo affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

Personale disponibile alla somministrazione	
Nome e Cognome	Firma

Castellanza,

Il Dirigente Scolastico
prof. Giuseppe Rizzo

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO CURANTE
Da allegare al certificato medico

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere:

- Stato di malattia dell'alunno
.....
- Prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile
.....
- Indicare se la somministrazione del farmaco è indispensabile in orario scolastico
.....
.....
- Indicare se 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:
.....
.....
.....
- Specificare se il farmaco è somministrabile da personale non sanitario: SI NO
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:
.....
.....
.....
.....
- Nome commerciale del farmaco:
.....
.....
- Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):
.....
.....
.....
- Modalità e tempi di somministrazione, posologia:
.....
.....
.....
.....

Specificare se è necessaria (barrare solo la parte di pertinenza):

- la somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico**
- la somministrazione dei farmaci da parte di persone esterne alla scuola**
(genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)
- la possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno**

Indicare la necessità o meno di intervento del 112 al comparire dei sintomi:

.....
.....

Modalità particolari di somministrazione, posizione da far assumere al paziente, condotta del personale e ogni altra informazione utile:

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

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

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

Data,/...../.....

Il Medico Curante

.....

Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"



Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 - Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



Al Personale Docente
Al Personale ATA

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE 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 del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il Farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Presenza visione e disponibilità alla somministrazione			
Personale docente		Personale ATA	
Nome e cognome	Firma	Nome e cognome	Firma

Luogo e Data il

Il Dirigente Scolastico
prof. Giuseppe Rizzo



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
 Tel. 0331/50.42.33 - Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
 C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



Al Personale Docente
 Al Personale ATA

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO
 INDISPENSABILE**

all'alunno/a frequentante la classe scuola
 A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
 da..... per il/la figlio/A.....

..... relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore all'alunno/a nella dose di come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato (al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione:..... (Indicare il luogo della custodia).....
- Il medicinale sarà somministrato
 - dal personale che ha manifestato la propria disponibilità:
 - autosomministrazione da parte dell'alunno
 - da personale esterno, specificare:

Presenza visione e disponibilità alla somministrazione (da compilare solo nel caso sia indicata la somministrazione da parte del personale scolastico)			
Personale docente		Personale ATA	
Nome e cognome	Firma	Nome e cognome	Firma

Castellanza,

Il Dirigente Scolastico
prof. Giuseppe Rizzo

MODULO E/1



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 – Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data alle ore la/il sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....
da somministrare al/alla bambino/a in caso di¹ nella
dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia
allegata alla presente, rilasciata in data dal dott. Il genitore:

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

provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale
sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Castellanza,

Il genitore

Le insegnanti

.....

.....

MODULO E/2

Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"



Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 – Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE
INDISPENSABILE**

In data alle ore la/il sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da
somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore nella dose come da
certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data
..... dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Luogo e Data il

Il genitore

Le insegnanti

MODELLO F



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 – Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare in caso di (indicare l'evento) come da certificazione medica già consegnata in segreteria.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di consegna).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione, ovvero nei seguenti luoghi:

farmaco conservabile a temperatura ambiente:

- armadietti pronto soccorso collocati nei punti di sorveglianza del personale ausiliario, nelle mense e nelle palestre

farmaco conservabile in frigorifero:

- aula di servizio dotata di frigorifero posta la piano rialzato.

Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

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 di famiglia 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 plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza verranno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

Castellanza,

Il Dirigente Scolastico
prof. Giuseppe Rizzo

ALLEGATO G

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBIENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Annalisa Monolo

*Istituto Comprensivo Statale di
Castellanza*

21/01/2020

GESTIONE DELLA CRISI EPILETTICA

➤ MICROPAM

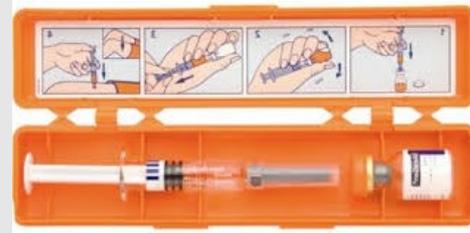


➤ BUCCOLAM



GESTIONE DELLA CRISI IPOGLICEMICA NEL DIABETE MELLITO DI TIPO I

➤ GLUCAGONE



CRISI EPILETTICA

definizione

Scarica elettrica anomala e non controllata originata nel contesto della sostanza grigia cerebrale corticale, che interrompe transitoriamente la normale funzionalità cerebrale

CRISI EPILETTICA

sintomi

- Alterazioni dello stato di coscienza
- Movimenti focali involontari o convulsioni
- Anomala fuoriuscita di saliva
- Revulsione dei bulbi oculari
- Ipertono diffuso
- Manifestazioni sensitive (formicolio) e sensoriali (alterazioni olfatto, gusto o udito)

CRISI EPILETTICA

Tipo di crisi
a seconda della
durata

- **ASSENZA** : 10/15 secondi
- **CRISI TONICO CLONICA** : 1/2 minuti
- **CRISI FOCALE** : in media 3 minuti
- **CRISI GENERALIZZATA** : 5/10 minuti

CRISI EPILETTICA

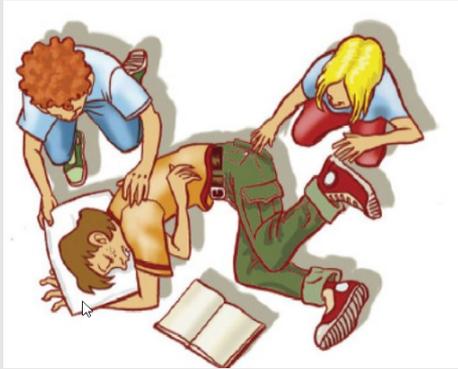
Cosa fare



- Distenderlo supino o su un fianco
- Guardare l'orologio e valutare durata
- Allontanare oggetti che possono fargli male
- Mettere qualcosa di morbido sotto la testa
- Stargli vicino e tranquillizzarlo

CRISI EPILETTICA

Cosa **NON** fare



- Inserire fazzoletti in bocca
- Rialzarlo appena terminata la crisi
- Dargli da bere a crisi terminata
- Praticare la respirazione artificiale d'èmbolè
- Somministrare farmaci a crisi terminata

CRISI EPILETTICA

POSIZIONE DI SICUREZZA

Per evitare il rischio di soffocamento



NON TUTTE LE EPILESSIE NECESSITANO DI UN INTERVENTO FARMACOLOGICO A SCUOLA



CRISI EPILETTICA

Tipo di crisi
a seconda della
durata

- **ASSENZA** : 10/15 secondi
- **CRISI TONICO CLONICA** : 1/2 minuti
- **CRISI FOCALE** : in media 3 minuti
- **CRISI GENERALIZZATA** : 5/10 minuti

NON TUTTE LE EPILESSIE NECESSITANO DI UN INTERVENTO FARMACOLOGICO A SCUOLA

- ASSENZA e TONICO CLONICA

- Non sono un'emergenza sebbene possano sembrare tale
- Questi tipi di crisi termineranno in pochi minuti senza lasciare conseguenze, se non la sensazione di stordimento e stanchezza

CRISI EPILETTICA

Tipo di crisi
a seconda della
durata

- **ASSENZA** : 10/15 secondi
- **CRISI TONICO CLONICA** : 1/2 minuti
- **CRISI FOCALE** : in media 3 minuti
- **CRISI GENERALIZZATA** . 5/10 minuti

NON TUTTE LE EPILESSIE NECESSITANO DI UN INTERVENTO FARMACOLOGICO A SCUOLA

- CRISI FOCALE E GENERALIZZATA : durata > 3/4 minuti

Intervento farmacologico → somministrazione farmaci senza discrezionalità e senza competenze tecniche

CRISI EPILETTICA

MICROPAM
(Diazepam)

- Formulazione: clisma endorettale da 10mg
- Conservare a temperatura < 25°C
- Consiglio: tenere sempre a disposizione 2 flaconcini (nel caso in cui la prima dose venga espulsa o se la crisi non regredisce dopo 3 min)

Posologia: 0,5 mg/Kg fino a massimo di 10 mg



Rimuovere la capsula di chiusura ruotandola delicatamente 2-3 volte senza strappare. Ungere il beccuccio.



Mettere il paziente in posizione prona, con un cuscino sotto l'addome, o di lato. Un bambino piccolo può essere disteso sulle ginocchia.



Durante la somministrazione tenere sempre il microcristere con il beccuccio inclinato verso il basso.



Questa è l'inclinazione corretta.
N.B. Non spremere il microcristere prima di avere inserito il beccuccio nell'ano.



Una volta inserito il beccuccio nell'ano, vuotare il microcristere premendolo tra il pollice e l'indice.



Estrarre il beccuccio dall'ano tenendo sempre schiacciato il microcristere. Tenere stretti i glutei per alcuni istanti per evitare la fuoriuscita della soluzione.



B. La presenza di un residuo di soluzione nel microcristere è normale; la dose somministrata è ugualmente corretta.

CRISI EPILETTICA

MICROPAM (Diazepam)

1. Procedere alla somministrazione del farmaco dopo 3-4 minuti dall'inizio della crisi
2. Rimuovere la capsula di chiusura ruotando delicatamente 2-3 volte senza strappare
3. Mettere il soggetto di fianco e inserire il beccuccio nell'ano e premere tra pollice e indice fino a far defluire la dose prescritta
4. Durante la somministrazione tenere sempre il clistere inclinato verso il basso
5. Rimuovere il microclistere
6. Tenere stretti i glutei per alcuni istanti per evitarne la fuoriuscita e mantenere il bambino disteso alcuni minuti

CRISI EPILETTICA

BUCCOLAM

- Formulazione: soluzione per mucosa orale disponibile in confezioni di 4 siringhe pre-riempite, senza ago, pronte all'uso per la somministrazione nello spazio fra guancia e gengiva
- Conservazione: a temperatura ambiente
- Dosaggio: varia in funzione dell'età del paziente e la somministrazione è a dose unica

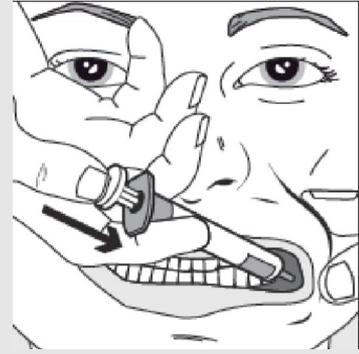
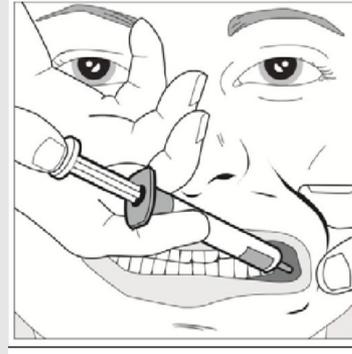
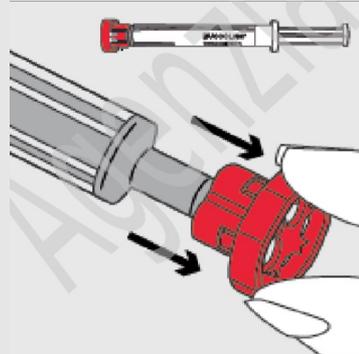
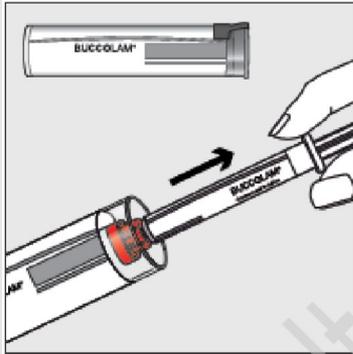
Dai 10 ai
18 anni



Dai 5 ai 10 anni

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI BUCCOLAM

1. Tenere in mano il tubo di plastica, rompere il sigillo, togliere il cappuccio ed estrarre la siringa dal tubo
2. Togliere il cappuccio rosso dalla punta della siringa
3. Con l'indice e il pollice pizzicare delicatamente la guancia del bambino e tirarla indietro
4. Inserire la punta della siringa nel retro dello spazio tra l'interno della guancia e la gengiva inferiore
5. Premere lentamente lo stantuffo della siringa fino a quando non si arresta
6. Se necessario (per volumi > e/o pazienti più piccoli) circa metà dose deve essere somministrata per ogni lato della bocca



MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI BUCCOLAM

CONSIGLI PRATICI:

- Utile un'esperienza con la siringa vuota o riempita d'acqua
- Durante la somministrazione utile massaggiare la guancia per distribuire il farmaco (maggiore superficie di assorbimento)
- In caso di rilevante scialorrea infondere la guancia opposta a quella da cui esce saliva

QUANDO CHIAMARE IL 112?

- Se la crisi dura più di 5 minuti
- Se vi è una seconda crisi a breve dalla prima
- Se vi sono segni di traumi



CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE DI TIPO I

DIABETE MELLITO DI TIPO I

Malattia cronica causata dalla distruzione su base autoimmunitaria delle cellule beta del pancreas che producono insulina ; l'insufficiente produzione di insulina determina l'incapacità dei tessuti dell'organismo di utilizzare glucosio a fini energetici con conseguente iperglicemia

CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE DI TIPO I

DIABETE
MELLITO DI
TIPO I

Come può essere curato?

Tramite INIEZIONI DI INSULINA

CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE DI TIPO I

DIABETE
MELLITO DI
TIPO I

L'IPERGLICEMIA non è un problema
acuto

Il vero pericolo è l'IPOGLICEMIA (sotto i
70mg/dL)

CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE DI TIPO I

cause

- Eccessiva somministrazione di insulina
- Scarsa alimentazione
- Ritardo nell'assunzione del pasto
- Lavoro fisico eccessivo

CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE DI TIPO I

Sintomi
ipoglicemia
LIEVE

- Fame
- Irrequietezza
- Cefalea
- Sudorazione fredda
- Tremori
- Tachicardia
- Pallore
- Dolori addominali

CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE DI TIPO I

Trattamento ipoglicemia **LIEVE**

Interrompere ogni attività e sedersi

1. Assumere liquidi zuccherati (130 mL di bibita) o 15 g di zucchero (3 bustine/zollette da 5 g)
2. Dopo 15 min se la glicemia è ancora bassa ripetere la somministrazione di zuccheri
3. Appena la glicemia si normalizza: assumere carboidrati a lento assorbimento (pane, grissini, fette biscottate, crackers)

CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE DI TIPO I

ipoglicemia
GRAVE
(sotto i 30-40 mg/dL)

Evento raro, non arriva mai all'improvviso, ma solo dopo aver trascurato segni precedenti senza intervenire

CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE DI TIPO I

Sintomi
ipoglicemia
GRAVE

- Debolezza
- Disturbi visivi
- Sonnolenza
- Difficoltà nel parlare e camminare
- Confusione
- Perdita di coscienza
- Caso limite: coma ipoglicemico, convulsioni

CRISI IPOGLICEMICA **GRAVE** IN DIABETE DI TIPO I

Cosa fare

- Se è presente un'alterazione della coscienza che non permette la somministrazione di glucosio per bocca, nel più breve tempo possibile (5-10 min) iniettare per via muscolare il glucagone
- Dopo che il bambino ha ripreso conoscenza somministrare zuccheri per bocca

CRISI IPOGLICEMICA **GRAVE** IN DIABETE DI TIPO I

Cosa fare

- Se è presente un'alterazione della coscienza che non permette la somministrazione di glucosio per bocca, nel più breve tempo possibile (5-10 min) iniettare per via muscolare il glucagone
- Dopo che il bambino ha ripreso conoscenza somministrare zuccheri per bocca
- **NB:** se anche il bambino non fosse in ipoglicemia, la somministrazione di glucagone non è pericolosa. È più rischioso non trattare una possibile ipoglicemia.

CRISI IPOGLICEMICA **GRAVE** IN DIABETE DI TIPO I

GLUCAGEN HYPOKIT

- Ormone che libera in circolo il glucosio dalle riserve epatiche, provoca aumento della glicemia e il ripristino dello stato di coscienza in 5-10 min
- Dosaggio: mezza fiala per bambino < 25 kg
1 fiala > 25 kg
- Somministrazione: iniezione intramuscolare (preferibile) nel deltoide, coscia o gluteo. Come alternativa anche sottocute
- Conservazione: in frigo per 3 anni

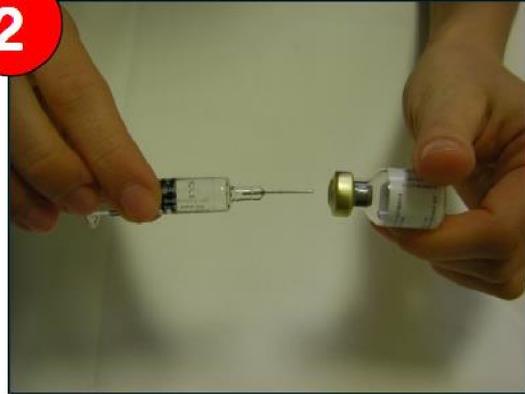
MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI GLUCAGEN HYPOKIT

1



Aprire la confezione

2



Iniettare il diluente presente nella siringa nella fiala di Glucagen polvere

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI GLUCAGEN HYPOKIT

3



Scopo: ottenere la soluzione

polvere di sol. og. l'arsi e poi as

4



Espellere l'aria ed eseguire l'iniezione intramuscolare: nella regione laterale della coscia o nella regione deltoidea del braccio.

½ fiala per bambino < 25 Kg o < 6-8 anni

1 fiala per bambino > 25 Kg o > 6-8 anni

Massaggiare la sede di iniezione

DOMANDE?



GRAZIE DELL'ATTENZIONE

Allegato H



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
Tel. 0331/50.42.33 - Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



spett. ATS Varese e Insubria
Via O. Rossi, 9
21100 - Varese (VA)

protocollo@pec.ats-insubria.it

OGGETTO: ATTIVAZIONE PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA A SCUOLA

VISTA la nota dell'USR Lombardia prot. n. 19593 del 13 settembre 2017 in cui si trasmette alle istituzioni scolastiche lombarde il Protocollo d'intesa sottoscritto in data 31/07/2017 tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia concernente la somministrazione di farmaci a scuola;

ACCERTATA l'iscrizione presso l'IC Manzoni di Castellanza di alunni che presentano patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute

ACQUISITE le necessarie autorizzazioni da parte dei soggetti esercenti la responsabilità genitoriale

VISTA la necessità di avviare le procedure attuative di somministrazione del farmaco in più plessi dell'istituto;

CHIEDE

l'avvio di un percorso di collaborazione finalizzato all'avviamento delle procedure attuative; in particolare:

- la comunicazione dei riferimenti nominativi dei Servizi competenti
- attivazione di un canale di comunicazione e collaborazione che renda possibile l'efficace organizzazione della somministrazione dei farmaci cosiddetti salvavita
- l'organizzazione di uno o più incontri formativi per il personale disponibile alla somministrazione

Si allega prospetto alunni interessati.

Resto in attesa di un vostro gentile riscontro.

Distinti saluti

Il dirigente scolastico
prof. Giuseppe Rizzo

N.	COGNOME	NOME	CLASSE	PLESSO	PATOLOGIA	FARMACO