



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR



ISTITUTO COMPRENSIVO "Sandro Pertini"

VIA ALDO MORO, 4 – 56033 CAPANNOLI (Pi)

Tel. 0587/609012 Fax 0587/606812 – Codice IPA: istsc_piic82800b

e-mail piic82800b@istruzione.it pec: piic82800b@pec.istruzione.it

www.istitutocapannoli.it

CAPANNOLI, 20/09/2017

AI DOCENTI
AI COLLABORATORI. SCOLASTICI
LORO SEDI

e.p.c. AL DSGA E ALL'UFFICIO
SEDE
AL SITO WEB DELL'IC

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Con la presente **si vuole ricordare** la nota n. 2312 del 25.11.2005 con cui il Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, ha emanato le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica".

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti **solo nei casi autorizzati dai genitori e solo in caso di assoluta necessità** .

In sintesi i docenti si possono trovare di fronte a questi tre casi:

1) Richiesta di somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche: in questa circostanza occorre rispettare la seguente procedura:

- Richiesta formale da parte della famiglia, sottoscritta dal soggetto esercitante la potestà genitoriale, accompagnata da un certificato medico attestante lo stato di malattia contenente in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori: - nome e cognome dello studente - nome commerciale del farmaco - descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco - dose da somministrare - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco - durata della terapia;

- Verifica del Dirigente Scolastico della idoneità e della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti e collaboratori scolastici) ad eseguire la somministrazione e individuazione del luogo fisico adatto per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- Autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Solo dopo questi tre passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento.

2) Richiesta di terapie farmacologiche brevi. Stante l'assoluta necessità della somministrazione durante l'orario scolastico e acquisita la richiesta/autorizzazione da parte della famiglia e la certificazione del medico, il responsabile di plesso raccoglierà la richiesta/autorizzazione della famiglia, comunicandola poi al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci, dopo l'autorizzazione del Dirigente Scolastico. Nel caso di alunni della scuola Secondaria di 1° grado sarà possibile prevedere modalità di autosomministrazione, su richiesta della famiglia e secondo le procedure sopraelencate.

3) Gestione dell'emergenza. Nei casi gravi e urgenti in cui la situazione è tale da costituire pericolo immediato per l'alunno non ci si può esimere dal portare pronto e immediato soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale tramite il 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia). In caso contrario può configurarsi il reato di omissione di soccorso.

Nel caso specifico di alunni diabetici che presentino crisi di ipoglicemia o di iperglicemia, si allega sintesi del prontuario d'intervento previsto dal Protocollo della Regione Toscana, recentemente pubblicato.

N.B. Per gli alunni per i quali è già presente a scuola tutta la documentazione di cui sopra, è necessario solo far riportare a scuola il farmaco integro, controllare che non sia scaduto e gettare l'eventuale farmaco rimasto a scuola durante l'estate, perché il caldo potrebbe averne provocato profonde alterazioni nella struttura.

Allegati alla presente circolare:

1. Prescrizione medico curante alla somministrazione farmaci (Allegato 1)
2. Prescrizione medico curante alla conservazione e somministrazione farmaci da parte del personale competente (Allegato 2)
3. Richiesta dei genitori di somministrazione farmaci dal personale non sanitario (**Mod A**)
4. Richiesta di vigilanza autosomministrazione farmaci (**Mod B**)
5. Richiesta da parte dei genitori di conservazione farmaco (**Mod C**)

NB. Per i protocolli specifici da seguire, riguardanti le singole patologie dei nuovi alunni individuati, verrà data comunicazione ai coordinatori di plesso non appena effettuata una rilevazione dei bisogni in tutto l'Istituto.

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Lidia Sansone
*firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art.3, c.2 D. Lgs. n.39/93*

Allegato n. 1

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

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

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....a.....Residente a.....

In Via.....Telefono.....

Classe.....Sez.....della Scuola.....

Sita a.....in Via.....

Dirigente Scolastico.....

DEL SEGUENTE FARMACO

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....Dose.....

Orario: 1[^] dose.....2[^] dose.....3[^] dose.....4[^] dose.....

Durata terapia: dal.....al.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Allegato n. 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA CONSERVAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità, in quanto l'alunno/a è affetto /a da.....

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I SOTTOINDICATO/I, DA PARTE DI PERSONALE SANITARIO, PERSONALE COMPETENTE DEL 118, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....a.....Residente a.....

In Via.....Telefono.....

Classe.....Sez.....della Scuola.....

Sita a.....in Via.....

Dirigente Scolastico.....

DEL SEGUENTE FARMACO

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....Dose.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note.....

Il farmaco deve essere somministrato da personale competente del 118, che verrà chiamato immediatamente dalla scuola in caso di

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

MOD. A

**Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo di CAPANNOLI**

Oggetto: Richiesta genitori somministrazione farmaci in orario scolastico da parte di personale non sanitario

I sottoscritti, genitori (o chi ne fa le veci)

di

frequentante la classe sezPlesso

essendo il minore affetto da

constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dott.

Sempre con riferimento al certificato medico allegato, precisano che la somministrazione del farmaco può essere effettuata da **personale non sanitario**, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Dichiarano che sarà loro cura: consegnare il farmaco alla scuola, controllarne la scadenza e fornirne nuova confezione prima che sia esaurito, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato da

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Luogo e Data.....

Firma dei GENITORI o di chi ne fa le veci

.....

MOD. B

**Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo di CAPANNOLI**

Oggetto:Richiesta di vigilanza autosomministrazione farmaco/i in orario scolastico

I sottoscritti, genitori (o chi ne fa le veci)

di

frequentante la classe sez Plesso

della scuola

Essendo il minore affetto da.....;

Constatata l'assoluta necessità;

- chiedono al personale della scuola di vigilare durante l'autosomministrazione da parte di in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dott.;
- precisano che è in grado di provvedere personalmente all'assunzione del farmaco.

Dichiarano che sarà loro cura: consegnare il farmaco alla scuola, controllarne la scadenza e fornirne nuova confezione prima che sia esaurito, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato da

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Luogo e data

Firma dei GENITORI o di chi ne fa le veci

.....

MOD. C

**Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo di CAPANNOLI**

Oggetto:Richiesta da parte dei genitori di conservazione farmaco

I sottoscritti genitori (o chi ne fa le veci)

di

frequentante la classe sez Plesso

della scuola

Essendo il minore affetto da.....;

Constatata l'assoluta necessità, chiedono alla Dirigente Scolastica di conservare nella scuola il/i farmaco/i come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dott.;

Dichiarano che, in caso di bisogno, il suddetto farmaco dovrà essere consegnato a personale sanitario per la somministrazione.

Dichiarano che sarà loro cura: consegnare il farmaco alla scuola, controllarne la scadenza e fornirne nuova confezione prima che sia esaurito, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato da

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Luogo e data.....

Firma dei GENITORI o di chi ne fa le veci

.....