



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "LAVELLO I"

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad indirizzo Musicale

Prot. N. 4229 C/17

Lavello, 28/09/2018

Ai Docenti

Scuola dell'Infanzia
Scuola Primaria
Scuola Secondaria di Primo grado

Alla DSGA

Al Personale ATA

Ai Sigg. Genitori degli alunni

ALBO

LORO SEDI

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA.

La presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui le alunne e gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

Con la nota n.2312 del 25.11.2005 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, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire previa disponibilità del personale docente ed in caso di assoluta necessità e, soprattutto, se risulterà indispensabile durante l'orario scolastico.

1) Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche.

Tale somministrazione richiede il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

a) Richiesta formale da parte della famiglia a fronte di un certificato medico attestante lo stato di malattia aggiunto al modulo di autorizzazione, sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà, contenente in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori: - nome e cognome dell'alunna o dell'alunno

- 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.



b) Verifica del Dirigente Scolastico della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti e collaboratori scolastici), individuati tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L.626/94.

c) Formale 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) Terapie farmacologiche brevi.

Resta invariata l'assoluta necessità della somministrazione durante l'orario scolastico e la richiesta/autorizzazione da parte della famiglia.

Il responsabile di plesso raccoglierà la richiesta/autorizzazione della famiglia comunicandola poi al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci, dopo la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

3) La gestione dell'emergenza.

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere di portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia), altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso.

Allegati:

1. Dichiarazione medica
2. Autorizzazione alla somministrazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Aurelia Antonietta BAVUSO

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 co. 2 D.Lgs. 39/1993



RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE
AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti _____
genitori di _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via
_____ frequentante la classe _____ della
Scuola _____

Essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei
farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal
Dr _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non
sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e ss.mm.

SI NO

Data _____, _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

. Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

. Genitori _____



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 _____ Residente a _____ in

via _____, _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione

Modalità di somministrazione _____ Dose _____

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

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note

Data _____, _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra