



MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO 2° "Riccardo Gulia" SORA
Via G. Marconi snc – 03039 SORA(FR) Tel. 0776-831956 Fax 0776-820447
- C..F. 91024360603 – Codice Univoco Fatturazione UFN8B8
P.E.C.: fric850006@pec.istruzione.it; email: fric850006@istruzione.it; Sito
web: www.ic2sora.gov.it

AI GENITORI DEGLI ALUNNI DI OGNI ORDINE E GRADO
A TUTTI I DOCENTI DI OGNI ORDINE E GRADO
A TUTTI I COLLABORATORI SCOLASTICI
SEDI
AL DSGA
AGLI ATTI
ALL'ALBO ON LINE

OGGETTO: Disposizioni in ordine alla procedura di richiesta e somministrazione farmaci

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:

1. 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;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
4. 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.

PROCEDURA- 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 modulo allegato**, 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, secondo quanto previsto dalle Raccomandazione del 2005 ed il Protocollo Regione Lazio e USRLAZIO del 2018, dovranno dichiarare:

- 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;
- la 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;**¹
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- 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, il Dirigente scolastico accertata la disponibilità del personale, predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano, le insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da modulo che si allega.

- Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL 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 autosomministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola".
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico.
- 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, 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.

Al contempo con la presente si chiede a tutto il Personale in indirizzo, in considerazione del fatto che nell'Istituto sono presenti allievi affetti da patologia necessitante già inseriti e da inserire, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente amministrazione richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione".

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

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dr.ssa Maddalena Cioci

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.lgs. 39/1993

MODULO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Sora 2°

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 prescrizione medica rilasciata in datadal Dott.

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 con espressa rinuncia a qualsiasi azione di responsabilità della scuola e del personale incaricato

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data:

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta / medico curante

Genitori:

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/a

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a _____

_____ (da conservare nel fascicolo personale dell'alunno/a e da dare in copia ai genitori)

In data _____ alle ore _____ , il Sig. /la Sig.ra _____ ,
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'/la alunno/a _____

oppure esercente la potestà genitoriale sull'/la alunno/a _____

nato/a a _____ , il ___/___/___ e residente a _____ , iscritto alla classe ___, sez. ___, della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria _____

_____ dell'Istituto Comprensivo " R. Gulia" Sora 2°, consegna all'incaricato/docente, Sig./Sig.ra _____ , una confezione nuova e integra del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____ da somministrare all'/la alunno/a _____ come da certificazione medica consegnata in

segreteria, rilasciata in data ___/___/___ dal medico pediatra _____ Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni nel seguente luogo

_____ Il genitore / l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco 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 e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Sora, ___/___/_____

Firma del genitore /dell'esercente la potestà genitoriale _____

Firma dell'incaricato _____