



ISTITUTO COMPRENSIVO SECONDO - -MILAZZO
Prot. 0001034 del 25/01/2023
V (Uscita)

Milazzo, 25/01/2023

Ai Genitori
Agli Operatori Scolastici - Ai Docenti
Alla Segreteria Didattica e Protocollo
Al Sito

OGGETTO : PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Si pubblicano le procedure per la somministrazione dei farmaci a scuola, che i genitori per quanto li riguarda (obbligo di comunicazione di patologie), i docenti e personale dovranno leggere molto attentamente e seguire con la dovuta attenzione.

In allegato anche la modulistica relativa, che, comunque, sarà reperibile anche nel sito della scuola sezione modulistica famiglia.

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.

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 (all. 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:

- 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; 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 e gli interventi necessari per affrontarli
 - modalità di conservazione del farmaco;
 - durata della terapia.

La documentazione andrà consegnata in segreteria, durante l'orario d'ufficio.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- all. B/1 se trattasi di farmaco salvavita
- all. C/1 se trattasi di farmaco indispensabile.

Che saranno compilati e consegnati in segreteria, durante l'orario d'ufficio, che ricevuta l'autorizzazione procederà a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- all. B/2 verbale per farmaco salvavita
- all. C/2 verbale farmaco indispensabile
- 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 (all. D).
- Resta invariata la procedura.
- 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.

¹ - La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

Distinti saluti.

Allegato A
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Al Dirigente Scolastico
I.C Secondo Milazzo

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via.....

Dichiarano

sulla base delle informazioni assunte dai medici del Servizio Sanitario di
..... che il/la proprio/a figlio/a
..... , affetto da
..... in caso di crisi come da certificato medico allegato.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: insegnanti e collaboratori/trici scolastici.

Pertanto sollevano

- Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso gli insegnanti o altra persona che effettua la somministrazione.
- Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla
- Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento

Genitori

Allegano la documentazione medica specifica contenete:

1. Diagnosi
2. Sintomatologia
3. Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco, e modalità di conservazione dosaggio e modalità di somministrazione)

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Autorizzano il Dirigente Scolastico o suo delegato, ad avere contatti con il medico curante per ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare

Milazzo, _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Il Medico del
Servizio (Timbro e
firma)

Numeri di telefono utili:

Medico curante



Allegato B/1
AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE
FARMACO SALVAVITA

Al Personale
Docente AI
Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all'alunno/afrequentante la classe

A seguito della richiesta inoltrata, al Dirigente Scolastico 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. ¹
Luogo e Data.....il.....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente

Personale ATA:



Allegato C/1
AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE
FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
 Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a frequentante la classe.....

A seguito della richiesta inoltrata, al Dirigente Scolastico dell'Istituto,

dal/i Sig.

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
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato¹.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:

.....

Luogo e Data.....il

Per presa visione e conferma della disponibilità:
 il personale incaricato: firma

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega
 3. Indicare il luogo della custodia
 4. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni



Allegato B/2
VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data _____ alle _____ ore _____ la/il
 sig. _____ genitore
 dell'alunno/a _____ frequentante la
 classe _____ consegna un flacone nuovo ed integro del
 medicinale _____
 da somministrare al/all'alunno/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:

.....

Luogo e Data.....il.....

Il genitore

Il ricevente

.....

.....

¹ Indicare l'evento



Allegato C/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In dataalle ore la/il sig.genitore
 dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ consegna alla
 Sig.ra _____ un flacone nuovo ed integro del
 medicinale _____ da somministrare all'alunno/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

Il ricevente



Allegato D
RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

I sottoscritti.....
 genitori di..... nato ail
 residente a in via.....
 frequentante la classe della Scuola.....
 sita a..... in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità,
 chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica
 con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data
dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
 responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei
 a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Medico curante

Genitori