



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
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR



ISTITUTO COMPRESIVO "TERESA MATTEI"

Via del Pratello, 15 - 50012 BAGNO A RIPOLI (FI) - tel. 055-630084 - fax 055-632218

e-mail: FIIC84500A@istruzione.it - FIIC84500A@pec.istruzione.it

Cod. Fisc. 94173870489 - Cod. Mecc. FIIC84500A sito web: www.icmattei.gov.it

Bagno a Ripoli, 11/09/2018

Prot. 4288 /A15 /C1

Circolare n. 7

Ai docenti Coordinatori

Ai Referenti di Plesso

Al personale ATA

Al DSGA

Ai genitori degli alunni interessati

Oggetto: Somministrazione farmaci agli alunni in orario scolastico.

In base all'accordo tra il Ministero della Pubblica Istruzione ed il Ministero della Salute, prot. 2312/Dip/Segr del 25-11-2005 relativa all'oggetto, si definiscono le linee guida finalizzate all'assistenza degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico al fine di tutelare il diritto allo studio, alla salute e al benessere di tutta la comunità scolastica.

- 1) **I genitori** sono tenuti a compilare **formale richiesta scritta** per la somministrazione di farmaci per malattie croniche e/o salvavita per i propri figli in orario scolastico (MOD.1); inoltre **devono documentare** tale necessità con certificato **medico che indichi chiaramente il nome del farmaco, le modalità e i tempi di somministrazione, la posologia e l'esatta conservazione e le conseguenze di una inadeguata somministrazione (MOD2);**
- 2) **I docenti e/o il personale ausiliario dovranno dichiarare la loro disponibilità**, anche se non è richiesto il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, ed **indicare il luogo della conservazione, della custodia e del possibile luogo della somministrazione del farmaco;**
- 3) **I genitori sono tenuti a fornire delega** con dichiarazione di esonero della scuola da eventuali responsabilità che derivino dalla somministrazione del farmaco.
- 4) **Genitori, e personale concordano e sottoscrivono quanto indicato in allegato 1.**

L'accordo va rinnovato annualmente o comunque ogni volta che variano le condizioni di salute.

Genitori, insegnanti e personale ausiliario concordano Si sottolinea che i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli alunni solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità e, soprattutto, se risulterà indispensabile, durante l'orario scolastico.

Si ricorda che nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al **Servizio Territoriale di Emergenza 118** (avvertendo contemporaneamente la famiglia), altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso; **IN TALI CASI I GENITORI AUTORIZZANO A CHIAMARE L'AMBULANZA DEL 118**



Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Amalia Bergamasco)

Amalia Bergamasco

SOMMINISTRAZIONE FARMACI AGLI ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO
MODALITÀ DI COMPORTAMENTO CONCORDATE

con i Genitori del/della bambino/a
della classe sez..... Scuola dell'Infanzia Primaria Scuola secondaria di I grado

Tipologia

1. In caso di **febbre** alla temperatura di al bambino deve essere somministrato.....
..... per via
ed immediatamente devono essere contattati i genitori.

2. In caso di **crisi allergiche (punture insetti, alimentare, pollini, ecc.)** al/alla bambino/a deve essere somministrato per via
ed immediatamente devono essere contattati i genitori.

3. In caso di **crisi convulsiva** occorre seguire la seguente procedura:
i docenti di sezione/classe e/o Personale ATA provvedono a :
 - a. chiamare il **Servizio Territoriale di Emergenza 118**
 - b. chiamare **i Genitori**

Per altre patologie si concorderanno procedure mirate.

La Somministrazione del farmaco deve avvenire da parte del:

- a. Personale che ha dato la disponibilità
- b. Personale che ha svolto un Corso di Primo Intervento e Primo Soccorso
- c. Personale **tutto** presente nella scuola (nell'ordine: Docenti di classe/sezione, Personale ATA)
in servizio nel momento del bisogno

Reperibilità genitori: Numeri di telefono utili

.....
.....

Conservazione medicinali

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

Personale abilitato a prelevare i medicinali e a somministrarli in caso di bisogno

.....
.....

Il Dirigente Scolastico (Prof.ssa Amalia Bergamasco)	I Genitori	I Docenti	Collab. Scolasti
.....
.....
.....
.....

I DOCENTI SONO PREGATI DI DARNE LA MASSIMA DIFFUSIONE

MOD. 1

Al Dirigente Scolastico
dell'IC TERESA MATTEI

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di

- genitore
- soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore _____ frequentante nell'a.s. _____ / _____
la scuola _____ classe _____

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i con certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____ che si allega.

Si dichiara altresì che la validità e relativa data di scadenza del farmaco è stata controllata dalla famiglia. In caso di scadenza durante l'anno si provvederà alla sostituzione del farmaco scaduto.

A tal fine:

AUTORIZZA

- il personale scolastico individuato ed incaricato dal Dirigente alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto
- il minore stesso alla auto somministrazione per età, esperienza, addestramento

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)

SÌ NO

In fede

Bagno a Ripoli,

Firma

Numeri di telefono utili:

- Medico curante _____
- Genitori _____

PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
 - Mattina (h.) dose da somministrare
 - Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....
- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL
.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**
(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a,
in data/...../..... residente in

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
 - salvavita
 - (Oppure)
 - indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia al genitore dell'alunno/a (oppure) all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....