ISTITUTO COMPRENSIVO "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.edu.it

Bagno a Ripoli, 07/09/2022

Circolare n. 25

ISTITUTO COMPRENSIVO - "TERESA MATTEI"-BAGNO A RIPOLI
Prot. 0007290 del 19/09/2022
IV-8 (Uscita)

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 (certificazione medica e piano terapeutico);**
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, docenti e personale ausiliario concordano e sottoscrivono quanto indicato in allegato 1.**

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

Si sottolinea che i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli alunni solo nei casi autorizzati dai genitori e soltanto in caso di assoluta necessità.

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)

ALLEGATO 1

SOMMINISTRAZIONE FARMACI AGLI ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO
MODALITÀ DI COMPORTAMENTO CONCORDATE

con i Genitori del/della bambino/a .....

della classe ..... sez..... Scuola dell'Infanzia ☐ rimaria ☐ cuola secondaria di I grado ☐

Tipologia

1. In caso **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	I Genitori	I Docenti	Collab. Scolasti
(Prof.ssa Amalia Bergamasco)	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....

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

Il/la Sottoscritt__, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso il quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 30.06.2003, n.196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

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) Necessita 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) Necessita 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 ...../...../.....

.....

Allegato 1

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 ...../...../.....

.....