



**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

pon
2014-2020



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

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"DON LORENZO MILANI"**

Viale delle Regioni, 62 – 70123 Bari

Telefono 080-5371951 Fax 080-5375520

e_mail: baic812002@istruzione.it - c.f. 93403070720

PEC baic812002@pec.istruzione.it

Sito Web: www.donmilanibari.gov.it

Circ. n. 42

Bari, 06/10/2019

Ai genitori
per il tramite dei docenti di classe

Al personale scolastico
Al DSGA

Oggetto: somministrazione farmaci a scuola.

In riferimento alle problematiche relative alla somministrazione di farmaci nei confronti degli alunni durante l'attività didattica e la loro permanenza a scuola, va precisato che l'auto assunzione e la somministrazione di farmaci **è di regola vietata**.

In considerazione del fatto che in molte situazioni (siano esse o meno di emergenza sanitaria), la somministrazione di farmaci possa rappresentare un elemento discriminante la salute ed il benessere dell'alunno all'interno della scuola ed al fine di tutelarne il diritto allo studio, è stata definita dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di concerto con il Ministero della salute, una specifica procedura che consente, con un protocollo ben definito, la somministrazione di farmaci all'interno dell'Istituzione scolastica con particolare riferimento ai cosiddetti farmaci "salvavita" (Prot. 2312 del 2005); tale procedura è stata richiamata dal successivo Protocollo di intesa sottoscritto tra Regione, ASL e USR Puglia (Prot. 35049/2018).

La somministrazione del farmaco in ambito e orario scolastico, può essere effettuata, previa intesa con la scuola e secondo le modalità di seguito richiamate:

- 1) dai genitori o esercenti la responsabilità genitoriale;
- 2) in auto somministrazione dall'alunno stesso, se maggiorenne, autorizzato dai Genitori, se minorenni;
- 3) dalle persone che agiscono su delega formale dei genitori stessi, quali familiari o persone esterne delegate dalla famiglia;
- 4) dal personale delle istituzioni scolastiche che abbia espresso per iscritto la propria disponibilità e che sia stato informato sul singolo caso specifico, su delega formale dei genitori/tutori ed autorizzato dal Dirigente Scolastico;

5) dal personale del servizio sanitario su richiesta di intervento.

Qualora non sia possibile l'intervento tempestivo e diretto del genitore o dell'affidatario dell'alunno e non sia stato richiesto da loro per tale finalità l'accesso nell'edificio scolastico, è possibile la somministrazione di farmaci da parte del personale scolastico alle seguenti condizioni:

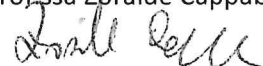
- che il personale si renda disponibile;
- che il personale disponibile abbia frequentato i corsi di formazione per Addetti al Primo Soccorso e, qualora necessario, i corsi di formazione alla somministrazione di farmaci salvavita a cura delle ASL competenti;
- che l'intervento non richieda specifiche cognizioni sanitarie o metta in campo discrezionalità da parte del somministratore.

La somministrazione dei farmaci da parte del predetto personale è subordinata ad una **richiesta dei genitori o affidatari dell'allievo**, che **forniranno il farmaco, accompagnata da una certificazione medica** relativa allo stato di salute dell'allievo ed al farmaco da utilizzare, unitamente ad uno **specifico "protocollo sanitario" relativo alla somministrazione.**

I genitori degli alunni frequentanti l'IC Don Lorenzo Milani sono pregati di comunicare presso la segreteria - Plesso Don Milani - in **busta chiusa** con la seguente annotazione **"RISERVATA PERSONALE AL DIRIGENTE SCOLASTICO – CONTIENE DATI SENSIBILI"** le situazioni relative alla somministrazioni di farmaci in orario scolastico compilando la modulistica allegata.

Si confida nella consueta collaborazione.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Zoraide Cappabianca



Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO "

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Il/i sottoscritto/i _____ Al Dirigente Scolastico _____
genitore/i - tutore/i dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____, frequentante la classe/sezione _____
_____ della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____
preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola
adottato in data _____ constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica
rilasciata in data _____ dal 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.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei
a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI ☐ NO ☐

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal _____

- Consegna farmaco specifico alla scuola _____

- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco - es. custodito nello zaino) _____

Contestualmente autorizza/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare _____

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Note

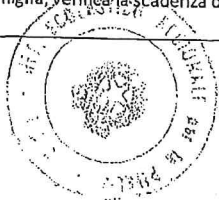
La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo
anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per
tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.



Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno (o dall'alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno (Cognome e Nome) _____ nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ frequentante la classe/sezione _____ della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico _____ affetto dalla seguente patologia _____

Comunica

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

Firma del Medico Curante _____

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico _____

Note

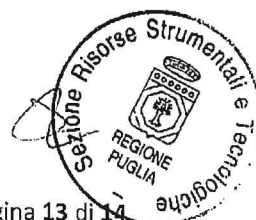
La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.



**Modulo 3: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA
SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO"**

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Residente a _____
In via _____ Telefono _____
Classe _____ della Scuola _____
Sita a _____ In via _____
Dirigente Scolastico _____
affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose: Prima dose _____ Seconda dose _____

Terza dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Terapia Continuativa ☐ SI ☐ No (Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza (es. **shock anafilattico**):

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Timbro e firma del MMG/PLS/MS

