



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "PIAN DEL BRUSCOLO"
Via Pian Mauro 33 – Tavullia (PU)
Tel. 0721 497370 - C. F. 80005950417 - C.M. PSIC83900N
E-mail: psic83900n@istruzione.it Web: www.icspiandelbrusco.edu.it



Circolare n. 18

Tavullia, 7 settembre 2020

Ai genitori
Ai docenti
Al DSGA
Al personale ATA
Al sito web

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE/AUTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

La disciplina degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica, sono principalmente regolati dalle Linee guida frutto dell'Intesa tra Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione del 25/11/2005 (Prot. Min. P.I. n. 2312).

Per quanto invece attiene il piano di accoglienza e di assistenza del minore con diabete a scuola, ci si attiene al Protocollo di Intesa USR – Regione Marche (Delibera n. 1149 del 02/10/2017).

I farmaci a scuola possono essere somministrati in caso di malattie croniche (patologie che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento, tipo diabete e asma) e in caso di urgenze prevedibili (patologie croniche note che possono comportare fatti acuti ad esempio asma, diabete, epilessia, allergia).

La somministrazione di farmaci deve avvenire solamente sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'ASL e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

Il genitore, o chi eserciti la patria potestà, deve:

- fare richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico;
- accompagnare la richiesta di somministrazione con la presentazione di certificazione medica redatta dal medico o dalla specialista attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità, tempi di somministrazione, posologia);
- fornire il farmaco alla scuola tenendo conto della data di scadenza;
- autorizzare il personale individuato dal Dirigente alla somministrazione del farmaco.

In calce la modulistica da presentare agli uffici di segreteria presso la sede centrale Pian del bruscolo.

Si ricorda che l'auto somministrazione del farmaco è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Anche in questo caso il genitore darà comunicazione al Dirigente Scolastico anche in merito al farmaco usato, alle modalità di conservazione e alla scadenza (in caso in cui la scuola lo conservi per l'alunno).

Per una completa disamina si rimanda al **Regolamento per la procedura di somministrazione di farmaci a scuola**, Prot. n. 6743 del 17.12.2019, consultabile sul sito dell'Istituto: www.icspiandelbrusco.edu.it (home page - Istituto – Regolamenti).

Cordiali Saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.^{ssa} Daniela
Pasciuti

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

RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
(redatta dai genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

I sottoscritti
Genitori di
Nato a il
Residente a In via
Frequentante la classe sez. 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 certificazione medica rilasciata in data dal Dott./Centro di riferimento.....

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile

- da parte del familiare _____ per cui si richiede l'accesso alla scuola;
- eventualmente da parte di personale non sanitario se disponibile;
- da parte del figlio/a minorenni, in regime di auto somministrazione, come attestato nella prescrizione/certificazione del medico curante

Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità per eventuali conseguenze derivanti dalla somministrazione di tali farmaci

Premesso che i dati del minore sono trattati dall'Istituzione scolastica e dall'Azienda U.S.L. al solo fine di consentire la somministrazione di farmaci secondo quanto dispongono le norme di legge vigenti, e nello stretto limite indispensabile a permettere di adempiere agli obblighi previsti dal protocollo, acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e Codice Privacy D.Lgs. 196/03 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SÌ

NO

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
.....

Numeri di telefono utili:

· Pediatra di libera scelta/ Medico curante

.....
.....

· Genitori.....

· Centro di Riferimento

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

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Residenti * in _____

Via/Piazza _____ Telefono _____

* (indicare entrambe le residenze se diverse)

genitori dell'alunno _____

o, se l'alunno è maggiorenne**Il sottoscritto**

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____

Via/Piazza _____ Telefono _____

PRESO ATTO DELL'ASSOLUTA NECESSITA'
AUTORIZZANO / AUTORIZZA

la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci indicati dal medico, come da allegata autorizzazione rilasciata in data _____ dal Dott. _____, secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

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

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Data _____

Firma degli esercenti la patria potestà o dell'alunno, se maggiorenne

Numeri di telefono utili:

Medico curante: tel. amb. _____ cell. _____

Genitori: tel. casa _____ cell. _____

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
(da compilare a cura del medico curante dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Cognome e Nome dell'alunno _____

Luogo e Data di nascita _____

Residente _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe _____

Dirigente scolastico _____

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Orario 1a dose _____ 2a dose _____ 3a dose _____ 4a dose _____

Possibili effetti collaterali ed intervento necessario per affrontarli

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Evento _____

Avvertenze _____

Eventuali note di primo soccorso _____

La somministrazione del farmaco è fattibile da parte:

- del familiare
- del personale scolastico
- del/la figlio/a minorenne, in regime di auto somministrazione

Data _____

Timbro e firma del medico
