



CIRCOLARI Anno Scolastico 2017/2018

Destinatari: Ai genitori degli alunni
 Sede
 Succursali

Oggetto: Somministrazione farmaci a scuola

Al fine di regolamentare la somministrazione di farmaci nella nostra Istituzione Scolastica, rivolta agli alunni che necessitano dell'assunzione improrogabile di farmaci in orario scolastico, in ottemperanza a quanto previsto nelle Indicazioni Operative e Regole Essenziali adottate dal nostro Istituto per l'a.s. 2017/18 e nel Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia con nota 19593 del 13.09 2017, di cui si allega il testo, si stabilisce il seguente percorso operativo:

1. richiesta dei genitori su apposito modulo all. 1 (o di esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

I genitori, sottopongono al Dirigente Scolastico la richiesta di autorizzazione di somministrazione di farmaci completa della certificazione dello stato di malattia e relativo piano terapeutico redatta del medico.

La richiesta deve indicare i recapiti per contatti in caso di necessità da parte della scuola.

Nella richiesta i genitori devono dichiarare di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;



CIRCOLARI Anno Scolastico 2017/2018

- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco/i prescritto nel Piano Terapeutico in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico
- autorizzare, se del caso, l'auto-somministrazione;

2. la certificazione dello stato di malattia ed il relativo piano terapeutico redatto dal medico su apposito modulo all.2

La certificazione dello stato di malattia redatta dal medico ai fini della presa in carico della richiesta dei genitori al Dirigente Scolastico deve esplicitare:

- la assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa;
- 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 ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Il Piano Terapeutico, parte integrante della certificazione dello stato di malattia redatta dal medico, conterrà necessariamente:

- nome e cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco e dosaggio;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione;
- durata e tempistiche della terapia



CIRCOLARI Anno Scolastico 2017/2018

- l'indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi

3. procedura attuativa: il Dirigente Scolastico verificata la sussistenza di cui ai precedenti punti 1) e 2) procede come da stesso Protocollo d' Intesa.

- informa il consiglio di classe;
- individua i Docenti, il personale ATA, che si rendano volontariamente disponibili e se lo ritiene opportuno ne acquisisce il consenso scritto;
- verifica le condizioni ambientali atte a garantire una corretta modalità alla conservazione del farmaco;
- comunica ai genitori l'avvio della procedura;
- garantisce la tutela della privacy;
- segnala alla ATS/ASST di riferimento i casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi;

Fermo restando quanto già indicato, nel Protocollo d'Intesa, è prevista l'auto somministrazione del farmaco laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute.

Circ. n.

Del 31.10.2017

Compilatore : D'Urso M.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott. Alessandro Papale)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39/93

MODULO 1

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a

genitore/tutore dell'alunno/a

nato/a il Luogo di nascita

frequentante la classe/sezione

della scuola secondaria

chiede

la somministrazione alla stessa/o di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e, sottopone al Dirigente Scolastico la richiesta di autorizzazione di somministrazione di farmaci completa della certificazione dello stato di malattia e relativo piano terapeutico redatta del medico.

A integrazione del presente modulo si precisa che la richiesta deve indicare i recapiti per contatti in caso di necessità da parte della scuola.

Dichiaro di:

- essere consapevole che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco/i prescritto nel Piano Terapeutico in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico
- autorizzare l'auto-somministrazione, laddove l'alunna/o, per età, esperienza, addestramento è autonoma/o nella gestione del problema di salute. In tal caso:

☐ Autorizzo

☐ Non autorizzo

Data

.....
Firma del genitore/tutore
dell'allievo/a

.....
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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente Telefono

Scuola Sezione

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome principio attivo del farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia

Modalità di conservazione.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

Eventuali note di primo soccorso

Modalità di conservazione

Data

Timbro e firma del medico

La certificazione dello stato di malattia redatta dal medico ai fini della presa in carico della richiesta dei genitori al Dirigente Scolastico deve esplicitare:

- la assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa;

- 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 ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Come richiesto nel presente modulo, il Piano Terapeutico, parte integrante della certificazione dello stato di malattia redatta dal medico, conterrà necessariamente:

- nome e cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco e dosaggio;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione;
- durata e tempistiche della terapia
- l'indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi

Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico
