DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO
Piazza della Repubblica – 84043 AGROPOLI

tel.Fax 0974823209 – COD. FISC. 81000750653

e-mail saee09900b@istruzione.it

www.primocircoloagropoli.edu.it

SAEE09900B - A51BEA3 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0006624 - 14/09/2022 - IV - U

Agropoli, 14//09/2022

Alla cortese attenzione

Ai genitori degli alunni interessati
Ai docenti
Ai Responsabili di plesso
Al personale ATA/Al DSGA
Al sito web

Oggetto: Somministrazione dei farmaci agli alunni in orario scolastico

In base all'accordo tra il Ministero della Pubblica Istruzione e il Ministero della Salute, prot. 2312 del 25/11/2005, 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.

Quando somministrare i farmaci a scuola

In caso malattie croniche (patologie che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento, ad esempio asma o diabete) si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa orario, posologia e modalità di somministrazione.

In caso di urgenze prevedibili (in patologie croniche note che possono comportare fatti acuti, ad esempio asma, diabete,epilessia), si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa le circostanze (descrizione dei sintomi) che richiedono la somministrazione, posologia e modalità di somministrazione

Modalità e procedure operative

I genitori interessati 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 (Allegato 2); 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;

I docenti e/o i collaboratori scolastici dovranno dichiarare la propria disponibilità (Allegato 3), 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;

I genitori sono tenuti a fornire delega con dichiarazione di esonero della scuola da eventuali responsabilità che derivino dalla somministrazione del farmaco.

Genitori, insegnanti e personale ausiliario concordano e sottoscrivono quanto indicato nell'Allegato 1.

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 questi casi i genitori autorizzano la scuola a chiamare il Servizio 118.
Si ricorda che la richiesta per la somministrazione dei farmaci va rinnovata ogni anno scolastico o comunque ogni volta che variano le condizioni di salute.

Si allega la modulistica, inserita anche in formato editabile nelle rispettive sezioni:

Allegato 1: Somministrazione farmaci agli alunni in orario scolastico – Modalità di comportamento concordate

Allegato 2: Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte dei genitori

Allegato 3: Modulo per la disponibilità alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico, da parte del personale.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Margherita Baldi

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93)

SAEE09900B - A51BEA3 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0006624 - 14/09/2022 - IV - U

SAEE09900B - A51BEA3 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0006624 - 14/09/2022 - IV - U

Allegato 1

SOMMINISTRAZIONE FARMACI AGLI ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO
MODALITÀ DI COMPORTAMENTO CONCORDATE

con i ☐ Genitori o ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del/della bambino/a ……

della classe ……. sez……..Scuola dell'Infanzia ☐ Scuola Primaria ☐

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, Collaboratori scolastici; Personale ATA) in servizio nel momento del bisogno;
d.

Reperibilità dei 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	I Collaboratori scolastici
……	……	……	……

…… ……
…… ……
……

SAEE09900B - A51BEA3 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0006624 - 14/09/2022 - IV - U

Allegato 2

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. 2019/'20

la Scuola ☐ Infanzia ☐ Primaria

Plesso …… classe …… Sez. ……

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il seguente/i farmaco/i con certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dott._____ 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/deifarmaco/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. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e "Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali".

☐ SI ☐ NO

In fede

(Firma)

_____

Numeri utili:

Genitori: …… ……
…… ……
Medico curante: …… ……
Altro: …… ……

SAEE09900B - A51BEA3 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0006624 - 14/09/2022 - IV - U

Allegato 3

MODULO PER LA DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE

DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a_____ in qualità di Docente/Collaboratore scolastico della classe _____ in servizio presso il plesso_____ vista la richiesta dei genitori e la prescrizione del medico curante/ospedaliero (prot. del_____)

SI DICHIARA DISPONIBILE ALLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO

all'alunno

Cognome_____ Nome _____ data di nascita _____ classe _____ del plesso _____

del farmaco sotto indicato:

Nome commerciale del farmaco _____ durata della terapia_____ secondo le indicazioni precisate nella prescrizione a me consegnata in copia e in base alle modalità di comportamento concordate per la somministrazione del farmaco.

Il farmaco è custodito dall'addetto al primo soccorso presso il plesso _____ secondo le modalità di conservazione del farmaco indicate nella prescrizione.

Agropoli, _____ FIRMA

_____