



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SAVERIO GATTI"
Scuola Secondaria di 1° grado – Scuola Primaria – Scuola dell'Infanzia
Via G. Amendola n. 53 Lamezia Terme – Tel./Fax 0698.462500
e-mail: czic84400q@istruzione.it – czic84400q@pec.istruzione.it - Cod.mecc. CZIC84400Q – C.F.
92002540794



Direttiva n.6-anno scolastico 2018/19

Disposizioni sulla somministrazione dei farmaci in orario scolastico

Il Dirigente Scolastico

PRESO ATTO delle Raccomandazioni emanate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute del 25.11.2005;

VISTO che il soccorso di alunni che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico è un impegno da parte del docente che accetta di farlo, dietro specifica autorizzazione che non richiede il possesso di conoscenze specialistiche di tipo sanitario;

DISPONE

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico si faccia riferimento alle su citate linee guida e al Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico ,allegato alla presente circolare.

Il personale (docente ed ATA) disponibile alla somministrazione dei farmaci, qualora fosse richiesto loro di farlo, dopo apposita verifica delle certificazioni ed autorizzazioni dovute,dovrà compilare la dichiarazione che sarà fornita dall'amministrazione. Ad ogni buon fine si precisa che il rifiuto ad assumere l'incarico di somministrare i farmaci agli studenti affetti da malattie croniche , per paura di eventuali conseguenze ,non è giustificato poiché se le indicazioni date dal medico curante ,con apposita scheda,sono correttamente eseguite,non è riconosciuta alcuna responsabilità. Al contrario il rifiuto potrebbe configurarsi come omissione di soccorso (art.595 C.P.)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

dott.ssa Margherita Primavera

firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c. 2 d.lgs n. 39/93



OGGETTO: PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

A Tutto il personale della scuola
Alle famiglie degli alunni richiedenti la somministrazione di farmaci
Al medico curante degli alunni richiedenti

In ottemperanza a quanto stabilito nelle "Raccomandazioni emanate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute del 25.11.2005" e nelle linee guida da adottare in presenza di studenti che necessitano la somministrazione di farmaci in orario scolastico

Viene emanato il seguente protocollo:

Per potere somministrare i farmaci in orario scolastico per gli alunni che sono sottoposte a terapie è necessario che l'Istituto acquisisca la documentazione, di seguito riportata:

- 1) Presentazione da parte dei genitori di formale richiesta utilizzando il modello predisposto (**ALLEGATO 1**)
- 2) Presentazione di certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia), corredata da istruzioni dettagliate della posologia di somministrazione del farmaco in caso di attacchi acuti, dei quali devono essere descritti in maniera dettagliata, sintomi e comportamenti da assumere" (dovrà essere utilizzato l'apposito modello predisposto da questa istituzione- **ALLEGATO 2**)

SI PRECISA CHE:

Il ricorso al presente protocollo è richiesto nei casi in cui l'alunno:

- a) presenta una patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari scolastici e non richiede l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare il farmaco (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)
- b) Sia affetto da patologia cronica le cui manifestazioni possono essere trattate seguendo fedelmente la prescrizione del medico curante e non sono richieste competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.

La fedele adozione delle misure prescritte in questo protocollo e l'osservanza di quanto concordato tra i soggetti coinvolti solleva il personale da ogni responsabilità civile e penale.

L'I C. S. Gatti si impegna a:

- a) Comunicare alle famiglie tutte le istruzioni per l'esecuzione di questo protocollo ;
- b) Individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- d) Autorizzare, se prevista e certificata dal medico dell'alunno, l'auto somministrazione del farmaco ;

- d) Concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, ad accedere ai locali della scuola, qualora fosse necessario per somministrare il farmaco;
- e) Individuare tra il personale ATA e docente, possibilmente tra coloro che hanno seguito il percorso di formazione di primo soccorso, i somministratori;
- f) Chiamare celermente l'ambulanza in casi di necessità

Il personale scolastico si impegna a:

- a) Garantire la fattiva applicazione del presente regolamento;
- b) Segnalare con tempestività episodi acuti che non rientrano nella casistica indicata dal medico curante;
- c) In presenza di casi di emergenza chiamare immediatamente l'ambulanza .

Le famiglie si impegnano a:

- A) Segnalare tutti i casi che necessitano di particolare attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono degenerare in shock anafilattico. Nel caso in cui dovessero esservi l'istituto organizzerà un momento di formazione per il personale utilizzando la competenza del medico competente di cui la scuola dispone;
- B) Consegnare i farmaci all'Istituto attestandone l'integrità e la validità ,in apposito verbale di consegna vedi **ALLEGATO 3**;
- C) Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisce;
- D) Informare l'istituto di eventuali cambiamenti di terapia;
- E) consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta corredata dai certificati richiesti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Margherita Primavera

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, c. 2, D.Lgs. 39/93

ALLEGATO 1

Oggetto: Autorizzazione alla somministrazione/auto somministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "GATTI"
di Lamezia Terme

Il /La sottoscritto/a in qualità di

Genitore *

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....

nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico 2015/16 il

plesso classe.....

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Il minore stesso alla auto somministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato

Si allega:

Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria

Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/auto somministrazione di farmaci in orario scolastico

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

Lamezia Terme,/..../....

FIRMA DEI GENITORI.....

*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/auto somministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
Dell'I C S.Gatti

Il minore
nato ilresidente a..... e
frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....

Pertanto:

Necessita

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico

- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....
.....

- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

- Modalità di conservazione del farmaco

.....

- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

È prevista l'auto somministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno SI NO

Data,

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza

.....

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
Dell'I C S.Gatti

In data alle ore la/il sig.....

genitore dell'alunno/a

frequentante la classe del plesso consegna nelle mani di una confezione nuova ed integra del farmaco..... da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore:

autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicamento sarà terminato

comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:
.....

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica)..... I

genitori *

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

Si allega:

copia dell'Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/auto somministrazione di farmaci in orario scolastico

Lamezia Terme,.....

Al Dirigente Scolastico
Istituto S.Gatti

**DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA IN AMBITO
SCOLASTICO A.S. 2018/19**

Il sottoscritti/a _____

Docenti in servizio presso la Scuola Primaria/infanzia/*secondaria diper l'a.s. 2018-2019

SI DICHIARA/NO

Disponibile/i alla somministrazione del Farmaco salvavita all'alunna./o....., nato/a a
.....

Firma del Docente in servizio

Docente in servizio

Data : _ ___ / _ ___ /

Visto : Firma del Dirigente Scolastico
Dott.ssa Margherita Primavera
