



ISTITUTO COMPRENSIVO "22 ALBERTO MARIO"
Piazza Sant'Eframo Vecchio, 130 - 80137 NAPOLI
Tel. 0817519375 FAX: 0817512716
C.M. NAIC8BT00N Codice fiscale 80022520631
e-mail: naic8bt00n@istruzione.it; naic8bt00n@pec.istruzione.it
www.22dalbertomario.edu.it

**A tutti Docenti
Ai Genitori
Al Personale ATA
Al Sito web**

Oggetto: Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI

Il dirigente scolastico

VISTO il Decreto Legislativo 31 Marzo 1998 n. 112 "conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali";

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto Legislativo 30 Marzo 2001 n. 165, concernente "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

VISTA la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" a firma dei Ministri del MIUR e della salute;

VISTO il C.C.N.L. del comparto scuola 2016/2018 sottoscritto in data 19.04.18, art. 28, comma 4;

PREMESSO che "la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto" (art. 2 delle suddette Linee Guida);

CONSIDERATO che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;

CONSIDERATO che la somministrazione di farmaci per il trattamento di patologie croniche a scuola è riservata a situazioni eccezionali ed improrogabili ed è organizzata secondo un percorso che, coinvolgendo l'alunno, la famiglia, il medico proponente, l'Istituto scolastico, il medico curante ed il distretto socio sanitario, perviene alla definizione di specifico progetto d'intervento.

DISPONE

la seguente **procedura** per quanto previsto in oggetto

1) LA FAMIGLIA O CHI ESERCITA LA PODESTA' GENITORIALE

- Presenta richiesta al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo (allegato A1 o A2) corredato della prescrizione medica alla somministrazione rilasciata esclusivamente dal medico di famiglia (allegato B). Si precisa che richiesta e prescrizione hanno validità limitata all'anno scolastico nel corso del quale sono redatte. In caso di modifica della terapia nel corso dell'anno, la precedente richiesta / prescrizione viene

annullata e sostituita dalla nuova richiesta/prescrizione.

- Fornisce il farmaco, controllandone la scadenza. Al momento della consegna dovrà essere stilato il verbale di cui all'allegato F.

2) IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Riceve la richiesta dai genitori (allegato A1 o A2) corredata della prescrizione per la somministrazione rilasciata da medico di famiglia (allegato B).
- Individua, preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al pronto soccorso (ai sensi del D.Lgs. 81/08 e D.M. 388/03), gli operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici), disponibili a somministrare i farmaci e/o alla vigilanza in caso di autosomministrazione.
- Invia all'ASL competente per territorio la richiesta di "formazione in situazione" del personale somministrante individuato.
- In assenza di qualsiasi disponibilità, il Dirigente Scolastico ne dà comunicazione alla famiglia e chiede la collaborazione all'ASL per concordare un progetto d'intervento temporaneo e, allo stesso tempo, favorire lo sviluppo di disponibilità interne all'istituto.
- Garantisce che la conservazione di farmaci e degli strumenti in uso sia effettuata in modo corretto e sicuro;
- Si fa garante dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci avvalendosi degli operatori individuati, opportunamente formati e della puntuale registrazione, su apposito diario, di ogni intervento effettuato (intervento orario, dose, firma);
- In occasione dei passaggi ad altra scuola, invita espressamente i genitori dello studente ad informare il dirigente scolastico della scuola di destinazione

3) IL MEDICO DI FAMIGLIA e/o IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Rilascia ai genitori, su loro richiesta ed eventualmente a seguito di proposta di medico specialista, la prescrizione alla somministrazione del farmaco/i (allegato B) avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile

I criteri a cui il medico di famiglia si attiene nella prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola sono i seguenti:

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione, indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

Il modulo di prescrizione (allegato B), deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità d'equivoci e/o errori;

- Nome e cognome dell'alunno/a
- Nome commerciale del farmaco;
- Dose da somministrare;
- Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- Durata della terapia.

La prescrizione del farmaco deve essere chiara graficamente in modo da essere leggibile in modo inequivocabile e agevole.

Non è consentito l'uso di abbreviazioni o acronimi (esempio "u" invece che "unità" potrebbe essere confuso con uno zero).

Deve essere evitato l'uso di numeri decimali (per esempio scrivere 500 mg invece che 0,5 g)

4) IL PERSONALE SCOLASTICO

Il personale scolastico disponibile individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco, non essendo personale sanitario è sollevato da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa; i soggetti individuati:

- Partecipano a specifici momenti formativi
- Provvedono alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione
- Collaborano attivamente con la famiglia nella gestione del caso
- Provvedono in situazioni di emergenza, previa attivazione del 118, alla somministrazione del farmaco salvavita secondo le metodiche prescritte nella certificazione e nel piano personalizzato di intervento

Gestione dell'emergenza

Nei casi gravi e urgenti nessuno si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al 118 avvertendo contemporaneamente la famiglia.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

Seguono:

- Allegato A 1 – Richiesta somministrazione farmaci
- Allegato A 2 – Richiesta autosomministrazione farmaci
- Allegato B – Prescrizione del medico curante
- Verbale per consegna medicinale indispensabile o salvavita

**Il Dirigente Scolastico
prof.ssa Daniela Nappa**

DANIELA
NAPPA
20.10.2022
09:29:43
GMT+00:00



RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....
.....
genitori di.....
nato a il.....
residente a in via.....
frequentante la classe della Scuola.....
sita a in Via.....
essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei
farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data
dal dott.

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

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 e ss.mm.ii. (i dati sensibili
sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

Y Genitori.....

Y Pediatra di libera scelta/medico curante.....

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti
genitori di
nato a il
residente a
in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via.....
Essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità:

- che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola
- di essere autorizzati a somministrare personalmente in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica
- di autorizzare il/la Sig , da noi delegato/a a somministrare in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medicarilasciata in datadal dott.

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

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 e ss.mm.ii. (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/medico curante.....
- Genitori.....

AII. B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che l'alunno/a Cognome Nome Data di nascita
..... Residente a in Via
..... Frequentante la scuola
..... classe affetto da
.....

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento
.....
che si manifesta con la seguente sintomatologia

Nome commerciale di farmaco

Modalità di somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Orario.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Note

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO SI con le seguenti modalità

Data.....

TIMBRO E FIRMA
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE O SALVAVITA

Alunno/a

In data alle ore la/il Sig genitore

dell'alunno/a ,.....

frequentante la classe / sez.della scuola..... ,

consegna alle insegnanti di classe una confezione nuova ed integra del medicinale

..... da somministrare all'alunno/a

ogni giorno alle ore..... nella dose.....

oppure in caso di nella dose.....:

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in

datadal dott.....

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.

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

_____ II

genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data,

Il genitore consegnatario

.....

I Docenti

.....

