



ISTITUTO COMPRENSIVO "GIUSEPPE DI MATTEO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetro (TP)
Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 902961
E - mail: tpic815003@istruzione.it
URL: www.iccapuanapardo.edu.it

Circolare n.25
A.S.2024/2025

**Ai Sig. Genitori
A tutti i Docenti
Al Dsga ed al Personale Ata
All'albo On Line
Amministrazione Trasparente
Atti amministrativi generali
Al Sito Web**

OGGETTO: Somministrazione farmaci a scuola A.S. 2024/2025

Con la presente comunicazione permanente, si forniscono alle SS.LL., le indicazioni da seguire TASSATIVAMENTE in ordine alla somministrazione dei farmaci a scuola, ai sensi di quanto statuito dalla **Nota n. n. 2312 del 25.11.2005** emanata dal Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, relativa alle: *"Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica"*.

Nella fattispecie, i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo in caso di assoluta necessità e nel rispetto delle seguenti indicazioni:

1) Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche.

Per tale somministrazione è richiesto il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

a) Richiesta formale inoltrata dalla famiglia, con presentazione di un modulo da compilarsi a cura del medico curante o specialista, attestante lo stato di malattia e la non differibilità della somministrazione.

La predetta modulistica sarà scaricabile dal Sito di Istituto o ritirata dalla famiglia direttamente presso gli Uffici di Segreteria.

b) Verifica, da parte del Dirigente Scolastico, della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nell'Istituto (docenti, assistenti amministrativi, collaboratori scolastici).

Detti operatori saranno individuati preferibilmente tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 81/2008 e/o all'uopo addestrati.

c) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Esperiti i predetti tre passaggi, sarà possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto, che dovrà essere consegnato in confezione integra, al personale di Segreteria che avvia la procedura di somministrazione, e poi agli operatori scolastici per la presa in carico della custodia nel plesso frequentato dall'alunno/a, in luogo idoneo appositamente individuato.

Giova rilevare che anche l' autosomministrazione dei farmaci da parte degli alunni può avvenire in seguito alle procedure richiamate precedentemente e deve avvenire, negli alunni al di sotto dei 12 anni, sotto la stretta sorveglianza di un adulto precedentemente individuato.

2) Terapie farmacologiche brevi.

Se la somministrazione di un farmaco non può essere differita, si richiede alla famiglia di provvedere direttamente con l'ingresso a scuola di un genitore o delegato maggiorenne in orario scolastico.

Il personale scolastico può rendersi disponibile per la somministrazione.

Anche in questo caso rimane invariato l'assoluto rispetto delle procedure di cui sopra.

Nei casi previsti ai punti 1) e 2) si provvederà a raccogliere la richiesta/autorizzazione della famiglia, che verrà, **poi**, comunicata al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci con la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico, previa analisi e definizione delle procedure operative da seguire.

3) La gestione dell'emergenza.

Nei casi gravi e urgenti occorre garantire il normale soccorso ed è obbligatorio ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il numero unico di emergenza **112**, avvertendo contemporaneamente la famiglia dello studente.

La procedura da seguire in tali casi richiede la segnalazione dell'evento e del soggetto coinvolto al lavoratore addetto al primo soccorso presente nel Plesso che, verificata la situazione, metterà in atto le azioni relative alla gestione dell'emergenza di carattere sanitario ed effettuerà la chiamata al numero unico di emergenza 112.

Si allegano alla presente i moduli funzionali alle predette azioni relative alla somministrazione dei farmaci a scuola:

➤ **Allegato 1:**

Modulo di richiesta/autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;

➤ **Allegato 2:**

Modulo di attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa all'esigenza di somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;

➤ **Allegato 3:**

Modulo per verbale di consegna del farmaco da somministrare in orario scolastico;

➤ **Allegato 4:**

Modulo per consenso al trattamento dei dati personali e sensibili - D. Lgs. 196 del 30/06/0 con Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà;

➤ **Allegato 5:**

Modulo per comunicazione richiesta di somministrazione e verifica disponibilità per la somministrazione dei farmaci agli alunni.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Anna Vania Stallone
firmato digitalmente

Allegato 1

Modulo di richiesta/autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;

(da registrare a Protocollo, a cura della Segreteria dell'Istituto).

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "Giuseppe Di Matteo"
di Castelvetrano

I sottoscritti
in qualità di genitori (o anche) in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale)
di.....nato/a.....il..... e frequentante nell'anno scolastico
2024/2025 la classe.....Sez....., plesso.....

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,
.....
.....
.....

coerentemente con la certificazione medica allegata

AUTORIZZANO:

- Il personale dell'Istituto alla **somministrazione del/dei farmaco/i** secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli 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 **autosomministrazione**, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato 2.

Si ALLEGA:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria.
- Allegato 2 - Modulo di attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa all'esigenza di somministrazione/autosomministrazione di/farmaci in orario scolastico;

Nomi e numeri di telefono utili:

- Medico Curante:.....
.....

- Genitori:.....
.....

Castelvetrano ... /.../....

Firma

.....

Allegato 2

Modulo di attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa all'esigenza di somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;

(da registrare a Protocollo, a cura della Segreteria dell'Istituto).

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "Giuseppe Di Matteo"
di Castelvetro

Il sottoscritto in qualità di

iscritto all'Ordine n.....

DICHIARA

Il minore nato il a residente a

e frequentante nell'anno scolastico 2024/2025 codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....

Pertanto, necessita della:

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- 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'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno:

- SI
- NO

Disponibilità a fare formazione/informazione al personale scolastico:

- SI
- NO

Recapito in caso di emergenza:

Data,

timbro e firma del medico

Allegato 3

Modulo per verbale di consegna del farmaco da somministrare in orario scolastico;
(da registrare a Protocollo, a cura della Segreteria dell'Istituto).

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "Giuseppe Di Matteo"
di Castelvetro

In data alle ore la/il sig.....genitore
dell'alunno/a frequentante la classe.....
plesso.....

CONSEGNA

nelle mani del Responsabile di plesso.....
una confezione nuova ed integra del farmaco.....
da somministrare all'alunno/a secondo le modalità 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 medicinale sarà terminato, o scaduto;
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Il Responsabile di plesso.....

Il genitore

Si allega:

Copia dell'Allegato 2 :

Modulo di attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa all'esigenza di somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Modulo per consenso al trattamento dei dati personali e sensibili - D. Lgs. 196 del 30/06/0 con Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà;
(da registrare a Protocollo, a cura della Segreteria dell'Istituto).

Gentili Genitori,

vi informo che il D. Lgs. 196/2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Anna Vania Stallone

.....

Data.....

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale

padre.....

madre.....

Allegato 5

Modulo per comunicazione richiesta di somministrazione e verifica disponibilità per la somministrazione farmaci alunni.

Al Coordinatore di Classe
A tutti i docenti
Ai Collaboratori Scolastici

OGGETTO: Alunno/a.....classe

Plesso.....Somministrazione farmaco salvavita.

Con la presente, si comunica che la famiglia dell'alunno in oggetto ha consegnato in data..... la documentazione attestante chepresenta la possibilità di

Per opportuna informazione al Personale Docente e Ata del plesso, si trasmette copia di tale documentazione, rilasciata dallo specialista....., evidenziando di prestare particolare attenzione all'informativa riguardante le modalità d'intervento per la gestione della malattia da parte del personale scolastico in caso di episodi critici, in cui è necessaria la somministrazione del farmaco ".....". obbligatorio nell'intervento d'urgenza.

I genitori segnalano anche la necessità di aiutare l'alunno/a..... nell'auto-somministrazione in quanto non completamente autonomo.

Tale farmaco, consegnato dal genitore, è stato consegnato a e va conservato nell'armadietto dei medicinali del plesso.

Distinti saluti.

N.B. Apporre firma per ricevuta nell'allegato A, e segnalazione disponibilità intervento, entro il

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Anna Vania Stallone
firmato digitalmente

Allegato A

Da restituire in segreteria

OGGETTO: Alunno/a.....classe
Plesso.....Somministrazione farmaco salvavita.

Ai Docenti: Scuola Primaria /Scuola Infanzia/Scuola Secondaria di I grado

	Cognome – Nome	FIRMA Per presa visione	FIRMA disponibilità	Formato primo soccorso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Ai Collaboratori Scolastici: Scuola Primaria /Scuola Infanzia/Scuola Secondaria di I grado

	Cognome – Nome	FIRMA Per presa visione	FIRMA disponibilità	Formato primo soccorso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				