Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "Salvo d'Acquisto"
Via G. Giordani, 40 - 40041 GAGGIO MONTANO (BO) - Tel. 0534/37213
C.F.: 92050240370 e-mail: boic811005@istruzione.it
Posta certificata: boic811005@pec.istruzione.it
Sito web: www.icgaggio.edu.it
Codice Univoco fatturazione elettronica UF9TRH

Oggetto: Somministrazione dei farmaci in orario scolastico – Procedure organizzative e modalità operative

Ai Docenti

Al Personale ATA

Al Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi

Alle Famiglie degli alunni

Al Sito istituzionale

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTI:

- gli articoli 2, 3, 32, 33 e 34 della Costituzione della Repubblica Italiana;
- la Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- il Decreto Legislativo 16 aprile 1994, n. 297;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 275;
- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81;
- il Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196;
- il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR);
- le **Raccomandazioni del Ministero dell'Istruzione e del Ministero della Salute del 25 novembre 2005**, recanti *"Linee di indirizzo per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico"*;
- le disposizioni regionali eventualmente vigenti;
- il PTOF;
- il Regolamento di Istituto;

COMUNICA

che la somministrazione di farmaci agli alunni durante l'orario scolastico costituisce un'attività eccezionale finalizzata esclusivamente a garantire il diritto allo studio e la tutela della salute degli studenti che, per patologie certificate, necessitano di trattamenti farmacologici non differibili.

Finalità

L'Istituzione scolastica garantisce, nell'ambito delle proprie competenze organizzative:

- la tutela del diritto allo studio;
- la continuità della frequenza scolastica;
- la salvaguardia della salute degli studenti;
- la collaborazione con le famiglie e con i servizi sanitari territoriali;
- il rispetto della dignità, della riservatezza e dell'inclusione degli alunni interessati.

Condizioni per la somministrazione

La somministrazione dei farmaci può essere autorizzata esclusivamente quando ricorrano congiuntamente le seguenti condizioni:

- richiesta formale dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale, ovvero dello studente maggiorenne;
- certificazione del medico curante o dello specialista del Servizio Sanitario Nazionale;
- predisposizione di un Piano terapeutico contenente tutte le indicazioni necessarie;
- consegna del farmaco in confezione integra e non scaduta;
- verifica della possibilità organizzativa da parte dell'Istituzione scolastica.

Documentazione richiesta

La famiglia dovrà presentare:

- richiesta formale di somministrazione del farmaco;
- certificazione medica;
- Piano terapeutico;
- eventuale autorizzazione al personale scolastico;
- recapiti telefonici aggiornati;
- eventuale delega ad altri soggetti autorizzati.

La documentazione dovrà essere aggiornata ogniqualvolta intervengano variazioni nella terapia.

Farmaci oggetto di somministrazione

Possono essere somministrati esclusivamente i farmaci espressamente indicati nella certificazione medica.

Non è consentita la somministrazione di medicinali privi di prescrizione medica né di prodotti omeopatici, integratori o preparati non contemplati nella documentazione sanitaria.

Modalità organizzative

Il Dirigente scolastico:

- valuta la documentazione prodotta;
- verifica la possibilità organizzativa della scuola;
- individua il personale eventualmente disponibile;
- organizza gli spazi idonei alla conservazione e alla somministrazione del farmaco;
- adotta gli eventuali provvedimenti organizzativi necessari.

Personale scolastico

La somministrazione dei farmaci avviene esclusivamente da parte di personale che abbia manifestato la propria disponibilità e che abbia ricevuto le necessarie informazioni sulle modalità operative previste dal Piano terapeutico.

Restano ferme le competenze proprie del personale sanitario nei casi in cui siano richieste prestazioni di natura strettamente sanitaria.

Farmaci salvavita

Per i farmaci salvavita (ad esempio adrenalina, glucagone, farmaci anticonvulsivanti, broncodilatatori, ecc.), l'Istituzione scolastica assicura la massima tempestività nell'attivazione delle procedure previste dal Piano terapeutico.

In caso di emergenza:

- viene immediatamente allertato il Numero Unico di Emergenza 112;
- vengono avvisati i genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale;
- viene applicato il protocollo indicato dal medico prescrittore.

Conservazione dei farmaci

I farmaci devono:

- essere consegnati in confezione originale;
- riportare chiaramente il nominativo dell'alunno;
- essere accompagnati dal foglietto illustrativo;
- essere conservati secondo le modalità indicate dal medico.

L'Istituzione scolastica individua idonei locali o armadi destinati alla conservazione dei medicinali.

Tutela della riservatezza

Tutta la documentazione sanitaria è trattata nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

L'accesso ai dati è consentito esclusivamente ai soggetti autorizzati.

Aggiornamento della documentazione

La documentazione sanitaria deve essere rinnovata:

- all'inizio di ogni anno scolastico, ove necessario;
- in caso di modifica della terapia;
- su richiesta dell'Istituzione scolastica;

- alla scadenza indicata nella certificazione medica.

Disposizioni finali

La presente circolare costituisce parte integrante delle procedure organizzative dell'Istituzione scolastica.

La collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari rappresenta elemento fondamentale per garantire la sicurezza dell'alunno e il pieno esercizio del diritto all'istruzione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ALLEGATO A

Richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico

(ai sensi delle Raccomandazioni del Ministero dell'Istruzione e del Ministero della Salute del 25 novembre 2005)

Al Dirigente scolastico

dell'Istituzione scolastica

Anno scolastico **/**

Dati dell'alunno

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Classe _____ Sezione _____ Plesso _____

Dati dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

Il/La sottoscritto/a

---

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

telefono _____

e-mail _____

in qualità di

☐ Padre

☐ Madre

☐ Tutore

☐ Affidatario

☐ Esercente la responsabilità genitoriale

e

Il/La sottoscritto/a

---

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

telefono _____

e-mail _____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa ricevere, durante l'orario scolastico, la somministrazione del farmaco indicato nella certificazione medica allegata.

Dichiarano:

- di essere consapevoli che la scuola non è una struttura sanitaria;
- di aver consegnato tutta la documentazione sanitaria richiesta;
- che il farmaco è indispensabile ai fini della permanenza dell'alunno a scuola;
- che il medicinale è consegnato in confezione integra, originale e non scaduta;
- che provvederanno tempestivamente alla sostituzione del farmaco in caso di scadenza, deterioramento o modifica della terapia;
- che comunicheranno immediatamente qualsiasi variazione delle condizioni cliniche dell'alunno.

Farmaco da somministrare

Denominazione commerciale

Principio attivo

Dosaggio

Via di somministrazione

☐ Orale

☐ Inalatoria

☐ Intramuscolare

☐ Sottocutanea

☐ Endonasale

☐ Oculare

☐ Altra _____

Periodo di somministrazione

Dal _____

Al _____

oppure

☐ Terapia continuativa

☐ Farmaco salvavita

☐ Somministrazione esclusivamente al bisogno

Orari di somministrazione

Modalità particolari indicate dal medico

Conservazione del farmaco

☐ Temperatura ambiente

☐ Refrigerazione

☐ Altro

Recapiti per le emergenze

Primo recapito

Secondo recapito

Terzo recapito

Pediatra/Medico curante

Telefono

Centro specialistico

Telefono

Autorizzazioni

I sottoscritti:

☐ autorizzano il personale scolastico individuato dal Dirigente scolastico alla somministrazione del farmaco secondo quanto previsto dal Piano terapeutico;

☐ autorizzano, in caso di emergenza, l'attivazione del Numero Unico di Emergenza 112;

☐ autorizzano il trattamento dei dati personali e sanitari ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003.

Documentazione allegata

☐ Certificazione medica

☐ Piano terapeutico

☐ Copia documento di identità

☐ Copia tessera sanitaria

☐ Eventuale ulteriore documentazione

Luogo _____

Data _____

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale

Firma del secondo genitore (ove prevista)

ALLEGATO B

Certificazione medica e Piano terapeutico per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico

(ai sensi delle Raccomandazioni del Ministero dell'Istruzione e del Ministero della Salute del 25 novembre 2005)

Il/La sottoscritto/a

Dott./Dott.ssa _____

☐ Medico di Medicina Generale

☐ Pediatra di Libera Scelta

☐ Medico Specialista

☐ Struttura sanitaria pubblica

☐ Centro specialistico

Iscrizione Ordine dei Medici n. _____

ASL _____

Telefono _____

PEC _____

CERTIFICA

che l'alunno

---

nato/a il _____

frequentante la classe _____

è affetto dalla seguente patologia:

La patologia richiede la somministrazione di farmaci durante la permanenza a scuola.

Farmaco prescritto

Denominazione commerciale

Principio attivo

Dosaggio

Forma farmaceutica

☐ Compresse

☐ Sciroppo

☐ Spray

☐ Fiala

☐ Penna autoiniettabile

☐ Altro

Modalità di somministrazione

Via di somministrazione

Dose

Frequenza

Orario

Durata della terapia

Somministrazione al bisogno

☐ No

☐ Sì

In caso affermativo indicare:

Segni e sintomi che richiedono la somministrazione

Tempo massimo entro il quale intervenire

Effetti attesi

Farmaco salvavita

☐ No

☐ Sì

In caso affermativo specificare:

Procedure in caso di mancata risposta al farmaco

Quando attivare il Numero Unico di Emergenza 112

Conservazione del farmaco

☐ Temperatura ambiente

☐ Refrigerazione

☐ Protezione dalla luce

☐ Altro

Validità della presente certificazione

☐ Fino al _____

☐ Per l'intero anno scolastico

☐ Fino a modifica del quadro clinico

Ulteriori prescrizioni

Il sottoscritto medico dichiara che le indicazioni sopra riportate sono indispensabili affinché l'alunno possa frequentare regolarmente l'Istituzione scolastica in condizioni di sicurezza.

Luogo _____

Data _____

Timbro e firma del Medico