



Direzione Didattica Statale "F.S. Cavallari"

tel. 091 6215303 ~ fax/tel 091 6214001 ~ Corso Dei Mille 793 ~ 90123 ~ Palermo

Cire. n. 89

D.D.S. - "F.S. CAVALLARI"-PALERMO
Prot. 0012766 del 07/10/2021
05 (Uscita)

**A TUTTO IL PERSONALE
A TUTTI I GENITORI DEGLI ALUNNI
AL SITO DELLA SCUOLA
BACHECA ARGO**

Oggetto: Assistenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Si porta a conoscenza delle SS.LL. che l'assistenza degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta a questa Dirigenza dai genitori dei minori, o da coloro che esercitano la potestà genitoriale secondo la seguente procedura:

1. Richiesta dei genitori motivata (somministrazione del farmaco non differibile in orario extrascolastico e impossibilità di provvedere autonomamente), in cui si autorizza il personale individuato dalla scuola a somministrare il farmaco al figlio, con la modalità e il dosaggio indicati dal medico.
2. Prescrizione medica intestata all'alunno recante:
 - Il nome commerciale del farmaco
 - La modalità di somministrazione
 - L'esatta posologia
 - L'orario di somministrazione
 - La conservazione
3. Istruzioni del medico curante, intestate all'alunno, indirizzate al Dirigente Scolastico, su posologia e modalità di somministrazione del farmaco in caso di comparsa di episodi acuti di cui devono essere descritti i sintomi e sui comportamenti da assumere nel caso il farmaco non risultasse efficace.

La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni rilasciate dalla competente ASP di zona o dal pediatra e non deve richiedere il possesso di cognizioni specifiche di tipo sanitario da parte del personale scolastico.

Se richiesta, sarà concessa autorizzazione all'accesso ai locali scolastici ai genitori degli alunni, o a personale sanitario delegato, per la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico.

Senza l'osservanza delle prescritte direttive nessun farmaco sarà accettato a Scuola o somministrato agli alunni.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Margherita Maniscalco

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art3 co.2 d.lgs.39/93

PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Allegato alla circ. n.

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico:

- formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (all. A)
- autorizzazione medica, che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

- stato di malattia dell'alunno
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico
- la non discrezionalità da parte di chi somministra 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;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco¹;
- durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, da parte del Dirigente scolastico gli insegnanti di plesso provvederanno a preparare un piano di intervento, da sottoporre all'approvazione del Dirigente scolastico per la somministrazione del farmaco come da moduli allegati:

- all. B/1 se trattasi di farmaco salvavita
- all. C/1 se trattasi di farmaco indispensabile.

Ottenuta l'approvazione del piano di intervento da parte del Dirigente scolastico gli insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- all. B/2 verbale per farmaco salvavita (Prima consegna per nuova terapia)
- all. C/2 verbale farmaco indispensabile
- all. F verbale per farmaco salvavita (dal secondo anno di consegna del farmaco, senza variazione della terapia rispetto al precedente anno scolastico)

All. A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti genitori di nato a
..... il residente a in via
..... n. frequentante la classe della Scuola
..... sita a. Via
..... n., essendo il minore affetto da
..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il farmaco salvavita.....

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Luogo il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

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

Genitori

AUTO-SOMMINISTRAZIONE

Per casi specifici riguardanti alunni di età inferiore ai 14 anni, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti sopra evidenziati, anche la dicitura che: *“il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola”*. La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico (all. D).

Resta invariata la procedura che gli insegnanti dovranno sottoporre all'approvazione del Dirigente Scolastico, ovvero: Piano di intervento e verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola. Anche in questi documenti andrà specificato che: *“il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola”*.

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.

Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

All. A1

(a cura del Pediatra/medico di libera scelta; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore Cognome Nome

Nato il a Residente a

In via/piazza N.

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra /MMG

All. B1

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. ssa Margherita Maniscalco
DIREZIONE DIDATTICA F.S.CAVALLARI**

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

alunno/a.....frequentante la classe

scuola.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig.

per il/lafiglio/a.....

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con il seguente piano di azione²:

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

Palermo ,

Gli insegnanti

Il Personale ATA

² Definire un piano di intervento dettagliato

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DIREZIONE DIDATTICA F.S. CAVALLARI

Oggetto: autorizzazione piano di intervento per somministrazione farmaco **indispensabile**

alunno/afrequentante la classe della Scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig.
..... per il/ la figlio/a..... , relativa alla
somministrazione del farmaco **indispensabile** il dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco
secondo il seguente piano di intervento:

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale
..... da somministrare ogni giorno alle ore.....all'alunno/a nella dose
dicome da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla
presente. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il
medicinale sarà terminato¹.

Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che
effettuerà la somministrazione²:
.....
.....

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:
.....
.....

Palermo,

Gli insegnanti

Personale ATA

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
2. Indicare il luogo della custodia
3. Indicare il nominativo dell'insegnante incaricata e le eventuali sostituzioni

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(Prima consegna farmaco per nuova terapia)

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a..... genitore
dell'alunno frequentante la classe
della scuola.....consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita
..... da somministrare all'alunno/a in caso di.....
..... nella dose..... e da certificazione medica consegnata
in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal Dr.

Il 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***

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

.....
.....

Luogo e Data il

Il genitore

.....

Verbale per consegna medicinale **indispensabile**

Alunno/a

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

genitore dell'alunno/a,.....

frequentante la classe/sez..... della scuola....., consegna agli insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....da somministrare all'alunno/a ogni giorno alle ore nella dose..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data.....dal Dr.

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:

Il 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.

Palermo,

Il genitore

Gli insegnanti

RICHIESTA PER L'AUTO- SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti.....
genitori di.....nato a
..... il..... residente a
..... in via
frequentante la classe..... della Scuola, 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 come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in datadal Dr.
.....

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

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a
rilevare lo stato di salute delle persone)

SI NO

Data.....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

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

Genitori.....

AII. F

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(DAL SECONDO ANNO DI CONSEGNA)

(dal secondo anno di consegna del farmaco, senza variazione della terapia rispetto al precedente anno scolastico)

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la **sottoscritto/a**..... genitore
dell'alunno.....frequentante la classe.....

della scuola consegna agli operatori scolastici il farmaco salvavita
.....da somministrare all'alunno/a in caso di.....
nella dose..... secondo il piano di azione inviato agli Uffici di
segreteria di codesto istituto nell'a.s. con protocollo

Si allega alla presente certificazione medica, rilasciata in data dal Dr.
....., attestante che nessuna variazione è stata effettuata in merito alla
somministrazione del farmaco salvavita rispetto all'a.s. precedente.

Il 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***

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

.....

.....

Luogo e Data il

I genitori

