



CENTRO SERVIZI AMMINISTRATIVI DI NAPOLI
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"DE GASPERI"

Corso Umberto, 416 - 80023 CAIVANO (Na)

A TUTTO IL PERSONALE IN SERVIZIO
Ai Genitori degli alunni interessati
ALL'ALBO

Oggetto: Disposizioni per la somministrazione dei farmaci a scuola.

Si ricorda alle SS.LL. che le Raccomandazioni del 25.11.2005, contenenti le Linee Guida emanate dal MIUR e dal Ministero della Salute per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, si pongono la finalità di garantire il diritto allo studio, la salute e il benessere degli allievi che presentano la necessità summenzionata.

La somministrazione, che può avvenire solo dietro specifica autorizzazione dell'ASL territorialmente competente (art. 2), vede coinvolti (art. 3), ciascuno secondo le proprie competenze e responsabilità:

- la famiglia dell'alunno o chi esercita la potestà genitoriale;
- la scuola (dirigente scolastico, personale docente e ATA);
- i servizi sanitari (i medici di base e le ASL competenti territorialmente);
- gli enti locali (operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno).

L'iter che permette la detta somministrazione prende avvio dalla **richiesta formale (scritta)** avanzata dai genitori dell'alunno e **corredata da apposita certificazione medica** attestante lo stato di malattia dell'allievo con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

Il dirigente scolastico, ricevuta la richiesta da parte dei genitori, si attiva affinché la stessa venga soddisfatta per cui:

- individua il luogo idoneo per la conservazione e somministrazione dei farmaci;
- autorizza, qualora richiesto, i genitori dell'alunno ad accedere ai locali scolastici durante le ore di lezione per la somministrazione dei farmaci;
- verifica la disponibilità del personale docente e ATA a somministrare i farmaci all'alunno, qualora non siano i genitori stessi a farlo o si verificano stati di emergenza collegati alla patologia.

Il personale docente e ATA va individuato prioritariamente tra coloro i quali abbiano seguito corsi di pronto soccorso o apposite attività di formazione promosse dagli Uffici Scolastici regionali, anche in collaborazione con le ASL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

Il dirigente scolastico, qualora non vi sia alcuna disponibilità da parte del personale alla somministrazione, può stipulare accordi e convenzioni con altri soggetti istituzionali del territorio o, se anche tale soluzione non risulta possibile, con i competenti assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato (Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada ...).

Se nessuna delle soluzioni sopra indicate fosse possibile, il DS allora ne dovrà dare comunicazione alla famiglia e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Le Raccomandazioni prevedono, nei casi in cui si riscontri l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza, si possa ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso.

Al fine di organizzare il servizio, si chiede al Personale disponibile a somministrare farmaci di compilare il modello allegato.

La DIRIGENTE SCOLASTICA
F. TO Dott. FLORA CELIENTO
Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

*In allegato: Dichiarazione di disponibilità a somministrare farmaci agli alunni;
modello richiesta genitori; modello prescrizione medica*

OGGETTO: Richiesta da parte dei genitori di somministrazione dei farmaci in presenza di particolari patologie – A . S. 2022/23

I sottoscritti _____ e

_____ ,

genitori dell'alunno _____ frequentante la

classe _____ plesso _____

Chiedono

alla S.V. di verificare, nell'ambito degli operatori scolastici (docenti ed ATA), la eventuale disponibilità alla somministrazione del seguente farmaco

_____ al proprio/a figlio/a qualora se ne presentasse l'emergenza, secondo le indicazioni contenute nella nota allegata firmata dal medico.

in alternativa, di essere autorizzati all'accesso a scuola per la somministrazione del farmaco negli orari stabiliti.

Allegano, a tal fine, certificazione medica.

I sottoscritti sollevano da ogni responsabilità civile e penale l'operatore somministratore.

Data

In fede

Recapiti telefonici dei genitori per comunicazioni urgenti

.....

.....

Al Dirigente Scolastico I.C. De Gasperi – Caivano(Na)

OGGETTO: Disponibilità somministrazione dei farmaci agli alunni con
particolari patologie – A . S. 2022/23

Il/La sottoscritt_ _____

docente / collaboratore scolastico in servizio al plesso

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli alunni presenti nel plesso con
particolari patologie

*(solo se la somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l'intervento non
è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione)*

Data

In fede

IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO

Dati relativi all'alunno/a

Cognome.....Nome.....

data di nascita.....residente a.....

telefono.....scuola.....classe.....

nome commerciale del farmaco.....
.....

Evento che richiede la somministrazione del farmaco

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

Tempi e modalità di somministrazione

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

Dose

.....
.....

Orario 1° dose.....2° dose.....3° dose.....4°dose.....

Durata terapia

.....
.....

Modalità di conservazione

.....
.....

Eventuali note di primo soccorso

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

La somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l'intervento non è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione, alla conservazione

Data

Timbro e firma del medico o del pediatra