



## ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "POLO TECNICO DI ADRIA"

Via Dante, 17 - 45011 ADRIA (RO) - Tel. 0426/900667 - C.M. ROIS011005

sito web: [www.polotecnicoadria.gov.it](http://www.polotecnicoadria.gov.it)

e-mail: [rois011005@istruzione.it](mailto:rois011005@istruzione.it) - pec: [rois011005@pec.istruzione.it](mailto:rois011005@pec.istruzione.it) - C.F. 90016130297

Comunicazione n. **126** - 2016/17 Prot. n. ~~9683/027~~ <sup>9683/027</sup> Adria, 03/12/2016

- Ai docenti
- Agli studenti
- Ai genitori
- Al personale A.T.A
- Al sito web

I.I.S. Polo Tecnico di Adria

### **OGGETTO: Somministrazione farmaci a scuola**

Si trasmette a tutti gli interessati la nota sulla somministrazione dei farmaci già emanata nel precedente anno scolastico.

Frequentemente accade che alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico. Con la nota n. 2312 del 25.11.2005 il Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, ha emanato le "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".

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti **solo** nei casi **autorizzati dai genitori**, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità e, soprattutto, se risulterà indispensabile durante l'orario scolastico.

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

Tale somministrazione richiede alcuni passaggi.

- a) Richiesta formale da parte della famiglia a fronte di un certificato medico attestante lo stato di malattia aggiunto al modulo di autorizzazione, sottoscritto dal soggetto esercitante la responsabilità genitoriale, contenente in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:
  - nome e 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 farmaco
  - durata della terapia.
- b) Verifica del Dirigente Scolastico della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti e collaboratori scolastici) individuati tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L.vo n. 81/2008.
- c) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

***Solo dopo questi tre passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento.***

#### **2) Terapie farmacologiche brevi.**

Verificata l'assoluta necessità della somministrazione durante l'orario scolastico e la richiesta/autorizzazione da parte della famiglia, il responsabile di sede raccoglierà la richiesta/autorizzazione della famiglia comunicandola poi al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci, dopo la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Nel caso di alunni della scuola secondaria di 2° grado è possibile prevedere l'autosomministrazione, sempre però dopo la richiesta della famiglia secondo le procedure sopraelencate.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE

### **3) La gestione dell'emergenza**

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere di portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia), altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso.

Allegati:

1. Dichiarazione medica
2. Autorizzazione alla somministrazione

Il Dirigente Scolastico  
Armando Tivelli



## **RICHIESTA DI 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 .....

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 Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

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

SI

NO

Data.....

*Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale*

.....

.....

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

• Genitori \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA  
GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
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 ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

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

Data di nascita ..... Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione .....

.....

.....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: 1<sup>a</sup> dose ... .. 2<sup>a</sup> dose ... .. 3<sup>a</sup> dose ... .. 4<sup>a</sup> dose ... ..

Durata terapia: dal..... al .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

note .....

.....

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

.....