



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Scuola Infanzia – Scuola Primaria –

Scuola Secondaria di 1° Grado “Padre Giuseppe Puglisi” ad indirizzo musicale

VIA G. FORTUNATO, 10 – 87021 BELVEDERE MARITTIMO (CS) tel. e fax 0985/82923

C. M. - CSIC8AS00C – C. F. 82001590783 - Codice Univoco Ufficio UFUPTB

- E-MAIL: csic8as00c@istruzione.it PEC: csic8as00c@pec.istruzione.it

Sito web: www.icbelvedere.gov.it

Prot. n.6216/C27

Belvedere M.mo, 08/10/2016

Al Personale DOCENTE e ATA

All'albo, sito web

Oggetto: **Somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO il protocollo d'intesa del Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005;

VALUTATO che il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'alunno che interviene

DISPONE

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni si faccia riferimento alla nota comune del 25.11.2005 del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero della Salute, riportata in calce a questo documento, con la quale sono state emanate 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 tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica”.

Questi i punti fondamentali:

1. la somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio ASL;
2. la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica dell'adulto;
3. la somministrazione deve essere richiesta **FORMALMENTE AL DIRIGENTE SCOLASTICO** da chi esercita la potestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);
4. nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal prestare il primo soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia);
5. il Dirigente Scolastico a seguito della richiesta scritta:
 - individua luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;

- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione in parola;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA che abbia seguito il corso di primo soccorso di cui al D.Lgs 81/2008) a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati.

Si riportano di seguito i moduli collegati per la formale richiesta di somministrazione dei farmaci.

Il Dirigente scolastico

Ersilia Siciliano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.lgs. 39/93



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Scuola Infanzia – Scuola Primaria –

Scuola Secondaria di 1° Grado “Padre Giuseppe Puglisi” ad indirizzo musicale

VIA G. FORTUNATO, 10 – 87021 BELVEDERE MARITTIMO (CS) tel. e fax 0985/82923

C. M. - CSIC8AS00C – C. F. 82001590783 - Codice Univoco Ufficio UFUPTB

- E-MAIL: csic8as00c@istruzione.it PEC: csic8as00c@pec.istruzione.it

Sito web: www.icbelvedere.gov.it

Modulo 1

Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci
ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.

Il minore (Cognome).....(Nome).....

nato il.....residente.....

Necessita di

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

durata della terapia

.....

modalità di conservazione del farmaco

.....

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

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

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

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

Data,

timbro e firma del medico



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Scuola Infanzia – Scuola Primaria –
Scuola Secondaria di 1° Grado “Padre Giuseppe Puglisi” ad indirizzo musicale
VIA G. FORTUNATO, 10 – 87021 BELVEDERE MARITTIMO (CS) tel. e fax 0985/82923
C. M. - CSIC8AS00C – C. F. 82001590783 - Codice Univoco Ufficio UFUPTB
- E-MAIL: csic8as00c@istruzione.it PEC: csic8as00c@pec.istruzione.it
Sito web: www.icbelvedere.gov.it

Modulo 2

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico
da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

Il/La sottoscritto/a in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) (Nome) nato il

..... a e frequentante nell'anno scolastico 2014/2015

l'Istituto Comprensivo di Belvedere M.mo - Plesso: _____ classe.....

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine **AUTORIZZANO**

- La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

In fede

Data,

Firma

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola

per tutta la durata della terapia.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Scuola Infanzia – Scuola Primaria –
Scuola Secondaria di 1° Grado “Padre Giuseppe Puglisi” ad indirizzo musicale
VIA G. FORTUNATO, 10 – 87021 BELVEDERE MARITTIMO (CS) tel. e fax 0985/82923
C. M. - CSIC8AS00C – C. F. 82001590783 - Codice Univoco Ufficio UFUPTB
- E-MAIL: csic8as00c@istruzione.it PEC: csic8as00c@pec.istruzione.it
Sito web: www.icbelvedere.gov.it

Modulo 03

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

desidero informarvi 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.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico
Ersilia Siciliano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.lgs. 39/93



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Scuola Infanzia – Scuola Primaria –

Scuola Secondaria di 1° Grado “Padre Giuseppe Puglisi” ad indirizzo musicale

VIA G. FORTUNATO, 10 – 87021 BELVEDERE MARITTIMO (CS) tel. e fax 0985/82923

C. M. - CSIC8AS00C – C. F. 82001590783 - Codice Univoco Ufficio UFUPTB

- E-MAIL: csic8as00c@istruzione.it PEC: csic8as00c@pec.istruzione.it

Sito web: www.icbelvedere.gov.it

Modulo 04

Al Dirigente Scolastico

IC Statale di Belvedere M.mo

Sede

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente.....

presso l’Istituto Comprensivo di Belvedere M.mo – Plesso

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell’alunno (iniziale).....della classe.....

Dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data _____

FIRMA

Firma per presa visione

Il Dirigente Scolastico