



ISTITUTO COMPRESIVO “N. BOTTA”

Via E. Fermi 4, 90015 Cefalù (PA) – Tel. 0921 421242

Mail: paic8aj008@istruzione.it PEC: paic8aj008@pec.istruzione.it

Codice fiscale: 82000590826 - Codice meccanografico: PAIC8AJ008

Circ.n. 76

Al DSGA,
ASPP
Al personale ATA
al RSPP

ai docenti

ai genitori

Oggetto: somministrazione farmaci – sorveglianza sanitaria alunni

Il punto di riferimento normativo per la organizzazione e gestione della somministrazione dei farmaci a scuola è costituito dalle “raccomandazioni” del 25/11/2005 contenenti le linee guida per gli interventi finalizzati all’assistenza di alunni che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Per quanto concerne la disponibilità del personale si rileva che, ai sensi delle predette raccomandazioni, essa va ricercata tra i dipendenti che hanno seguito corsi di primo soccorso ai sensi del decreto legislativo 626/94 e ssmmii (DLGS 81/08) o apposite attività di formazione promosse dagli USR, anche in collaborazione con le UU.SS.LL. e gli Assessorati alla salute.

La procedura per la somministrazione dei farmaci si articola in una serie di passaggi e adempimenti che di seguito si riportano.

- 1) Richiesta scritta dei genitori con allegata certificazione medica attestante lo stato di malattia dell’alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).
- 2) Individuazione da parte del Dirigente scolastico del personale interno, in possesso dei requisiti di cui sopra e resosi disponibile alla somministrazione.
- 3) Provvedimento scritto di conferimento dell’incarico di somministratore con indicazione dell’alunno affidato per la somministrazione.
- 4) Identificazione, da parte del RSPP e ASPP del luogo idoneo per la conservazione e somministrazione del farmaco.
- 5) Individuazione dei sostituti somministratori.
- 6) Verbali relativi alla consegna del farmaco da parte delle famiglie interessate.
- 7) Definizione delle misure di emergenza da parte del RSPP (es. assenza di tutto il personale incaricato della somministrazione; situazione di crisi degli alunni ecc).

Si ringrazia anticipatamente per la preziosa collaborazione

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Rosaria Fiumara *

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC N.Botta di Cefalù**

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....
Secondaria plesso scolastico.

.....essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e constatata
l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal certificato medico rilasciato in data dal Dottore...

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento
_____che il medico stesso ha indicato nel certificato medico rilasciato in data ...;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal certificato medico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al certificato medico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

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 112

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante le indicazioni per la somministrazione del farmaco.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC N.Botta di Cefalù**

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)*

Il minore

CognomeNome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N. Città.....

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 di Libera Scelta /MMG