



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE di LONIGO

Sedi Associate: ITE/ITT – IPS/IeFP

Via Scortegagna, 37 – 36045 Lonigo

(VI) Tel. Segreteria 0444.831271 - Fax

0444.834119

E-Mail Codice Ministeriale **VIIS01100N**

Codice Fiscale **95089660245**

CIRCOLARE N. 4 A.S. 2020/21

**Agli studenti
Ai genitori
Ai docenti
Al personale ATA
Al Dsga**

Oggetto: attività preparatoria in ambito sicurezza per il prossimo anno scolastico 2019/2020.

Somministrazione dei farmaci in orario scolastico a favore degli studenti in attuazione delle

Linee Guida emanate di concerto tra il Ministero del Lavoro e il MIUR in data 25.11.2015.

Gentili genitori e studenti,

la salute e la sicurezza, unite alla qualità dell'apprendimento, sono elementi fondanti per la comunità educante dell'IIS LONIGO Sartori- Rosselli.

La presente circolare viene proposta al fine di poter organizzare in modo efficiente, con la fattiva collaborazione del Medico Competente scolastico, la formazione del personale che sarà individuato "addetto alla somministrazione farmaci" per l'anno scolastico 2020/2021, oltre a quello già formato in merito durante lo scorso anno.

I destinatari sono gli studenti che necessitano dell'assunzione di farmaci di mantenimento o a scopo profilattico o per urgenze prevedibili, esclusivamente per le situazioni che non richiedono competenze specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica, limitatamente ai casi in cui l'auto somministrazione non è possibile.

Le famiglie o gli alunni già maggiorenni, interessati a richiedere tale "servizio", sono invitati ad un'attenta lettura e compilazione della documentazione in allegato alla presente circolare.

Il tutto dovrà essere consegnato alla scuola **entro il 10 settembre 2020** con le seguenti modalità:

- ✓ attraverso mail all'indirizzo amministrazione@iislonigo.edu.it e con oggetto "Richiesta somministrazione farmaci a.s. 2020/2021" oppure
- ✓ direttamente in segreteria didattica, previo accordo telefonico, negli orari di apertura al pubblico.

Al fine di implementare gli standard di sicurezza si chiede gentilmente di allegare, o in modo cartaceo o via file, una foto dell'alunno che sarà utilizzata sia nella busta contenente il farmaco che nella procedura stilata dal Medico Competente. La segreteria didattica, assunta a protocollo la richiesta, trasmetterà una copia al Responsabile S.P.P. d'Istituto per le attività di rispettiva competenza. Ogni informazione potrà essere richiesta telefonicamente alla Sig.ra Samanta Uff.Didattica.

Si fa presente che la responsabilità in merito alla consegna a scuola, reintegro e alla scadenza del farmaco è a carico della famiglia o dell'alunno se maggiorenne. Lo stesso vale in caso di uscite didattiche o viaggi d'Istruzione.

Si rimane a disposizione e si ringrazia della cortese collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Avv. Barbara Scarso

Allegata informativa e modulistica.

Rinvio alla DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3 del 04 gennaio 2019

Raccomandazioni in tema di somministrazione di farmaci in orario scolastico a firma congiunta del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e del Ministero della Salute, del 25 novembre 2005. Recepimento. vedi: bottone sicurezza e scuola alla home del sito IIS LONIGO



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE di LONIGO

Sedi Associate: ITE/ITT – IPS/IeFP
Via Scortegagna, 37 – 36045 Lonigo
(VI) Tel. Segreteria 0444.831271 - Fax
0444.834119

E-Mail Codice Ministeriale **VIIS01100N**
Codice Fiscale **95089660245**

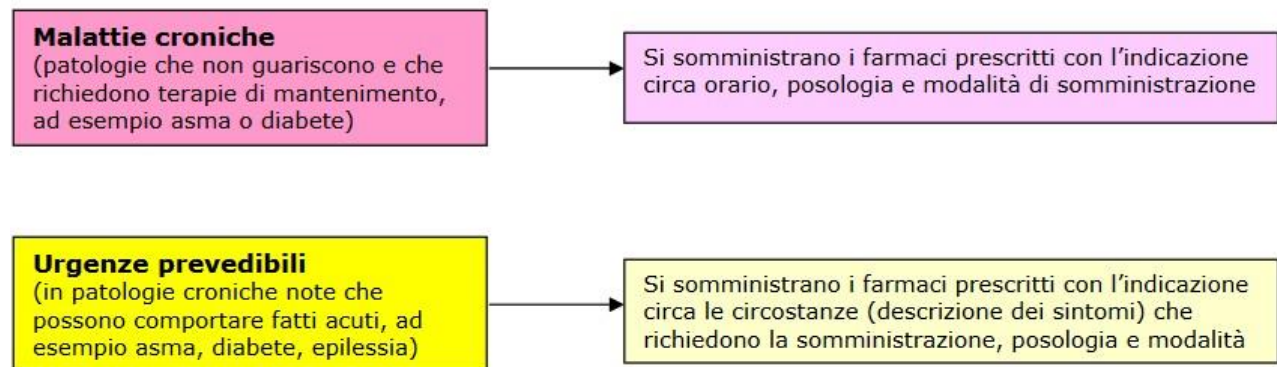
Allegato alla circolare "Somministrazione farmaci in ambito scolastico per l'anno scolastico 2020/2021"

PROCEDURA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Riferimenti normativi

(Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico – 25/11/2005: [...] 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")

Quando somministrare i farmaci a scuola



Le urgenze non prevedibili rientrano nelle procedure di PS e non richiedono la somministrazione dei farmaci.

1. Il genitore, o chi eserciti la patria potestà, deve:

- ✓ fare richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico (*vedi modulo 1*);
- ✓ accompagnare la richiesta di somministrazione con la presentazione di certificazione medica redatta dal medico o dalla specialista (*vedi modulo 2*) attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità, tempi di somministrazione, posologia);
- ✓ fornire il farmaco alla scuola tenendo conto della data di scadenza;
- ✓ autorizzare il personale individuato dal Dirigente alla somministrazione del farmaco (*si farà menzione di questa autorizzazione nel modulo.1*)

2. Il Dirigente Scolastico deve:

- ✓ organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'istituto;
- ✓ informare tutti i genitori degli alunni dell'istituto (anche tramite il sito web della scuola) della procedura di somministrazione farmaci messa in atto;
- ✓ richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (modulo 1, modulo 2);
- ✓ individuare, tra il personale chi, in caso di bisogno, deve intervenire con la somministrazione del farmaco;
- ✓ stendere in collaborazione con l'USSL del territorio il piano personalizzato d'intervento che descrive i comportamenti da attuare in caso di bisogno;
- ✓ in-formare e condividere con il personale scolastico disponibile a somministrare il farmaco il piano personalizzato di intervento;
- ✓ fornire e condividere con i genitori copia del piano personalizzato d'intervento;
- ✓ garantire la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso;

- ✓ in occasione dei passaggi ad altre scuole, invitare i genitori dell'alunno ad informare il DS della scuola di destinazione e concordare la trasmissione della documentazione necessaria;
- ✓ nel caso in cui non riuscisse a trovare personale scolastico per la somministrazione dei farmaci, o nel caso si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati, prevedere il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso, dandone comunicazione alla famiglia;
- ✓ nel caso in cui non dovesse trovare collaborazione con l'USSL del territorio per la stesura del piano personalizzato, potrà rivolgersi al medico competente (se presente) o ad un esperto di medicina di lavoro per stilare questo documento e promuovere interventi formativi rivolti al personale scolastico individuato per la somministrazione, dandone comunicazione alla famiglia.

3. Il personale scolastico

- ✓ partecipa ai momenti formativi rivolti a tutto il personale;
- ✓ provvede alla somministrazione del farmaco se individuato dal Dirigente;
- ✓ informa il DS e il RSPP su eventuali situazioni critiche verificatesi durante la somministrazione del farmaco.

4. Auto somministrazione del farmaco da parte degli studenti

L'auto somministrazione del farmaco, è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Anche in questo caso il genitore darà comunicazione al Dirigente Scolastico anche in merito al farmaco usato alle modalità di conservazione e alla scadenza (in caso in cui la scuola lo conservi per l'alunno).

MODULO 1

Compilazione da parte della Famiglia o studente se maggiorenne

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO _____

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

affetto dalla seguente patologia:

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data _____ dal dott. _____

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI NO

Il _____

Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

Recapiti telefonici utili

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ ambulatorio _____

Compilazione da parte del Medico di famiglia/Pediatra/Medico Specialista

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E
QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI
TIPO SANITARIO

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data _____

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista _____

Timbro