

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per il Sistema Nazionale di Promozione e Sviluppo
della Ricerca Scientifica e Tecnologica
Ministero Regionale di Programmazione, Formazione e Ricerca
Università della Campania

COMPATTORE PER LO SVILUPPO REGIONALE - AMMINISTRAZIONE REGIONALE CAMPANIA

**CON L'EUROPA INVESTIAMO NEL VOSTRO FUTURO!
36° CIRCOLO DIDATTICO SCUOLA DELL'INFANZIA E PRIMARIA
"LUIGI VANVITELLI"**

Via Luca Giordano,128 - 80128 - NAPOLI Tel. 081/5567438 Fax 081/ 19321086
@-mail:naee03600t@istruzione.it web site : www.scuolavanvitelli36.gov.it

Napoli 13/05/2015

Ai sig.Genitori degli Alunni
del 36° Cd Napoli
A tutto il personale scolastico
Albo/Atti/Sito

Oggetto: Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola

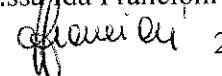
- **Premesso** che il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ed il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25 novembre 2005, con nota prot. 231, le "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico" con le quali sono stati regolamentati gli interventi finalizzati all'assistenza degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- **Visto** che la somministrazione di farmaci, in ambito scolastico, è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione di farmaci nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola;
- **Considerato** che la somministrazione di farmaci può essere programmata per la cura di particolari patologie che non possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- **Stabilito** che a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando al somministratore non siano richieste né cognizioni specialistiche di tipo sanitario né esercizio di discrezionalità tecnica;
- **Preso atto** che il locale Consiglio di Circolo con delibera n° 21/4 del 13/05/2015 ha adottato il presente Protocollo per la Somministrazione di Farmaci a Scuola;

Si indicano di seguito le modalità di somministrazione di farmaci in orario scolastico che dovranno essere scrupolosamente osservate da parte della Famiglia, del personale scolastico e del medico curante per i casi di eventuali terapie che non possono essere somministrate al di fuori dell'orario scolastico e che non richiedono particolari cognizioni sanitarie né DISCREZIONALITÀ:

**Modalità di somministrazione
NON DISCREZIONALE di farmaci in orario scolastico**

LA FAMIGLIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chiede al Dirigente Scolastico che il personale della scuola somministri in orario scolastico, il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (All. 1). 2. Chiede al Dirigente Scolastico di poter essere autorizzato direttamente o tramite proprio delegato, ad accedere ai locali scolastici per praticare le terapie prescritte dal medico curante (All. n° 2). 3. Consegna il certificato redatto dal medico curante , compilato in ogni sua parte, secondo il modello allegato (All, n° 3) 4. Solleva l'Istituzione Scolastica da ogni responsabilità, sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione sia per eventuali conseguenze sul minore. 5. Fornisce alla scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante. 6. Comunica alla scuola, con tempestività, eventuali variazioni di terapia.
IL MEDICO CURANTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redige il proprio certificato conformemente al Modello di cui all'All.n°3 in cui prescrive la somministrazione di farmaci in orario scolastico come terapia NON DISCREZIONALE E NON DIFFERIBILE 2. Dichiarare che la somministrazione del farmaco non richiede alcuna discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità; 3. Esplicita i tempi certi e il periodo di durata della terapia; 4. Chiarisce la modalità di conservazione del farmaco; 5. Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; 6. Indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco e/o gli eventuali effetti indesiderati, pregiudizievoli per la salute del minore. 7. Comunica i propri recapiti per eventuali urgenti necessità del personale scolastico.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il Dirigente Scolastico valuta l'ammissibilità della richiesta ed acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico; 2. Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco; 3. Autorizza il personale reso disponibile alla somministrazione terapeutica richiesta senza discrezionalità sollevando gli interessati da responsabilità civili e penali derivanti da possibili errori nella pratica della manovra; 4. Autorizza i genitori o i propri delegati ad accedere in orario scolastico per la somministrazione della terapia prescritta dal medico curante sul Modello (All.3) 5. Promuove, all'occorrenza, incontri con il medico curante, con la famiglia e con il personale scolastico per approfondire: <ol style="list-style-type: none"> a) La patologia e le sue manifestazioni; b) La fattibilità della somministrazione del farmaco.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Ida Francioni

 2

All.1

Al Dirigente Scolastico
Del 36° Circolo Didattico
Scuola Statale Primaria e dell'Infanzia "L. Vanvitelli"
Napoli

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci, per terapie indifferibili da parte del personale della scuola, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a nato a il

in qualità di Genitore Esercente la potestà genitoriale

di nato a il.....

frequentante nell'A. Sc..... la Scuola dell'Infanzia Primaria Sez.

CHIEDE

che sia somministrato al minore Nome..... Cognomeaffetto da..... il/i farmaco/i, indicato nella allegata certificazione medica limitatamente al periodo terapeutico indicato, senza necessità di cognizione sanitaria specialistica e **SENZA ALCUNA DISCREZIONALITA'**

A tal fine

AUTORIZZA

il personale della scuola, ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, nella certificazione medica allegata debitamente compilata in ogni sua parte, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione, sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'All. 3

Numeri di telefono utili:

medico curante:

genitori:

in fede

data

firma

All. 2

Al Dirigente Scolastico
Del 36° Circolo Didattico
Scuola Statale Primaria e dell'Infanzia "L. Vanvitelli"
Napoli

Oggetto: Richiesta all'Accesso a Scuola, per la somministrazione di farmaci, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a nato a il

in qualità di Genitore Esercente la potestà genitoriale

di nato a il.....

frequentante nell'A. Sc..... la Scuola dell'Infanzia Primaria Sez.

CHIEDE

L'Autorizzazione ad accedere ai locali della Scuola per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, compilata in ogni sua parte per la seguente patologia

In alternativa

Delega

Il sig. di cui si allega copia del documento di riconoscimento ed accettazione dell'incarico, ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco; della durata della terapia; e della indifferibilità del trattamento terapeutico che non può essere svolto in orario scolastico

data

In fede

Firma

Numeri di telefono utili:

medico curante:

genitori:

Ail.3

Al Dirigente Scolastico
Del 36° Circolo Didattico
Scuola Statale Primaria e dell'Infanzia "L. Vanvitelli"
Napoli

Oggetto: Certificazione Medica per la somministrazione indifferibile e NON DISCREZIONALE DI FARMACI da parte del personale scolastico

Il sottoscritto medico curante dott.....preso atto delle Linee Guida emanate dal MIUR e dal Ministero della Salute in data 25/11/2005 con nota prot.231 nonché del Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, 21/4 del 13/05/2015 certifica che in data.....è stato sottoposto a visita medica, il minore.....nato ail.....

residente in alla via

affetto dalla seguente patologia

che necessita della somministrazione INDIFFERIBILE E NON DISCREZIONALE di farmaci durante l' orario scolastico

Dichiara, pertanto, sotto la propria responsabilità che la somministrazione, può essere effettuata da parte del personale della Scuola senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza alcun esercizio di discrezionalità :

Nome commerciale del/i farmaco/i :

.....

Modalità di somministrazione (orari, dose, conservazione)

DOSAGGIO:

ORARIO :.....

VIA DI SOMMINISTRAZIONE :.....

CONSERVAZIONE :.....

Durata della terapia dal giorno.....mese.....anno.....al giorno.....mese.....anno....

Totale giorni.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....

Propri Recapiti per ogni eventuale necessità del personale scuola:

Nome.....

Cognome.....

Indirizzo Studio.....

Tel.....cellulare.....

Data

Timbro e firma del medico