MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "S. FRANCESCO DA PAOLA"
GENOVA
Via Bologna, 86 – 16127 Genova - Tel. 010 2428355
C.F. 80049830104 - Codice Meccanografico GEIC81200X- www.icsfdapaolage.edu.it
E-Mail: geic81200x@istruzione.it PEC: geic81200x@pec.istruzione.it

Alla D.S.G.A.
Ai docenti
Al personale ATA
Al personale OSE
Bacheca web d'Istituto

Genova, 2/10/2023
PROT. vedi segnatura
Circolare n. 25

OGGETTO: procedura relativa alla somministrazione farmaci a scuola

Si forniscono le indicazioni da seguire TASSATIVAMENTE in ordine alla somministrazione dei farmaci salvavita e/o per patologie croniche a scuola.

Si ricorda che i dati relativi alle certificazioni mediche devono essere aggiornati al 1 settembre di ogni anno scolastico.

- La Referente ai farmaci salvavita:

- informata tempestivamente via mail dalla Segreteria, acquisisce le documentazioni fornite da Genitori/Tutori e ne verifica la completezza.

  Se la certificazione medica è completa la Referente avvia la procedura. In caso di dubbio contatta il medico direttamente, o tramite la famiglia, acquisisce nuova documentazione ed eventualmente fissa un incontro.

  La prof.ssa C. Sfondrini, dopo aver concordato con le Referenti di plesso le loro disponibilità, fissa l'incontro tra Genitore/Tutore e Referente di plesso.

- La Referente di plesso:

  acquisisce le disponibilità del Personale della Scuola nel plesso alla somministrazione facendo compilare e firmare i moduli al personale Docente e ATA che si sono resi disponibili alla somministrazione del farmaco **(Allegato 5)**;

  individua un luogo sicuro, non accessibile ai bambini, e facilmente individuabile per la conservazione del farmaco;

condivide con tutto il personale del plesso i dati acquisiti e le procedure.

Nell' incontro con il Genitore/Tutore la Referente di plesso acquisisce il farmaco e l'attestazione del medico curante con il Protocollo terapeutico **(Allegato 2)** e lo ripone nel luogo individuato, vicino alla classe o nel piano, in una busta con il nome del bambino; sulla busta dovrà essere inoltre riportata la scadenza del farmaco. La Referente di plesso farà firmare al genitore verbale di consegna **(Allegato 3)**.

Se, all'atto della consegna del farmaco, la documentazione non fosse debitamente compilata o risultasse incompleta, la Referente di plesso inviterà la Famiglia a preparare nuovamente tutta la documentazione necessaria e NON ritirerà il farmaco. Sarà quindi fissato un successivo appuntamento.

La Referente di plesso raccoglie la documentazione fornita dalle Famiglie e la consegna alla Referente ai farmaci salvavita, Docente Claudia Sfondrini, la quale provvedere al deposito presso la Segreteria dell'Istituto.

Una copia sarà conservata nel plesso insieme al farmaco e copia in Segreteria.

La Segreteria protocolla e conserva ogni atto relativo alla procedura.

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Barbara Danovaro
documento firmato digitalmente
ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale
e normativa connessa

ALLEGATO 1

Richiesta/autorizzazione alla somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico

Alla Dirigente Scolastica

I.C. San Francesco da Paola

I sottoscritti …… in qualità di Genitori/
Tutori di ..... nato/a a ……..... .....
il .....
e
frequentante nell'anno scolastico 2023/24 …… la classe
.....dell
a
scuola dell'Infanzia/ Primaria/ Secondaria plesso scolastico …….

CHIEDONO

che sia somministrato al/la minore sopra indicato/a il/i seguente/i farmaco/i, **coerentemente alla certificazione medica allegata e datata a partire dall'1 settembre dell'anno scolastico di riferimento** (ad esempio per l'a. s. 2023/2024 saranno considerate valide le certificazioni con data a partire dall'1 settembre 2023)

A tal fine, AUTORIZZANO:

- ✓ il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da qualsivoglia responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione del farmaco.
- ✓ Allegano:

  attestazione del medico curante (Dr/ Dr.ssa _____) che il medico stesso ha indicato nel Protocollo terapeutico allegato **(Allegato 2)** in data …./ …./…. relativa alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.
- ✓ I sottoscritti avranno cura di controllare la data di scadenza del farmaco autonomamente, senza alcun intervento della scuola, e di provvedere alla sua fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione anche in relazione alla sua 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 alla Dirigente Scolastica, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato

di salute dell'allievo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

- ✓ **I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori**.

Numeri di telefono:

Medico Curante _____

Genitori/ Tutori_____

Luogo e data, …./..../....

Firma dei Genitori/Tutori

……..

……..……

Nel caso in cui non fosse possibile la firma di entrambi i Genitori/ Tutori

Io sottoscritto ..... , consapevole delle sanzioni amministrative
e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data, …./..../....

Firma

…….

ALLEGATO 2

Protocollo terapeutico del medico curante o altro personale sanitario relativo alla somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico

Alla Dirigente Scolastica

I.C. San Francesco da Paola

Il/La minore ….....nato/a il..... residente a..... e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto/a da: …… Nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza……

necessita della somministrazione del FARMACO:_____

Modalità di somministrazione: _____

_____

Dose: _____

Luogo e data _____

Timbro e firma del medico _____

ALLEGATO 3

Verbale di consegna di farmaci salvavita da somministrare in orario scolastico

Alla Dirigente Scolastica

I.C. San Francesco da Paola

In data ..... alle ore ..... i sottoscritti ……. in qualità di Genitori/ T utori dell'alunno/a ……. frequentante la classe .....della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria plesso scolastico ……. consegnano alla Referente di plesso Docente .....una confezione nuova ed integra del farmaco..... da somministrareall'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico.

I Genitori/Tutori:

- esprimono il consenso affinché il personale della scuola resosi disponibile somministri il farmaco previsto dal Protocollo terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco;
- 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; **scadenza che al momento della consegna a scuola risulta essere _____** . Tale dato viene riportato sulla busta che lo contiene a scuola, nel luogo individuato, vicino alla classe o nel piano.
- 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 genitori / tutori sono sempre rintracciabili ai seguenti numeri telefonici:

_____

_____

Luogo e data_____

Firma _____

Firma _____

Nel caso in cui non fosse possibile la firma di entrambi i Genitori/ Tutori

Io sottoscritto ..... , consapevole delle sanzioni amministrative
e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data, …./..../....

Firma

_____

ALLEGATO 4

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016

Gentilissimi Genitori,

vi informo che ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si 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.

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Barbara Danovaro

Firma dei Genitori/ Tutori

……..

……

Nel caso in cui non fosse possibile la firma di entrambi i Genitori/ Tutori

Io sottoscritto ..... , consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data, …./..../....

Firma

……..

ALLEGATO 5

Disponibilità per la somministrazione farmaci salvavita agli alunni

Alla Dirigente Scolastica

I.C. San Francesco da Paola

Il/La sottoscritto/a.....in servizio presso l'I.C. San Francesco da Paola in qualità di:

□ docente

□ collaboratore scolastico

□ assistente amministrativo

considerata la richiesta dei genitori/tutori dell'alunno/a _____ della classe _____

della Scuola dell'Infanzia /Primaria/ Secondaria plesso scolastico _____

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 (Protocollo terapeutico, Allegato 2).

Luogo e data ..../..../....

Firma

……

ALLEGATO 6

Richiesta di autosomministrazione di farmaci al bisogno (antinfiammatori, antipiretici, antibiotici, antidolorifici, broncodilatatori inalatori)

Alla Dirigente Scolastica

I.C. San Francesco da Paola

I sottoscritti.....Genitori/Tutori

dell'alunno/a.....

nato/a a .....il.....

residente a ..... in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria plesso scolastico

..... sita in Via.....

Essendo il minore affetto da .....
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....dal medico Dr
.....
Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data ….. /…../…….

Firma dei genitori

.....

.....

Nel caso in cui non fosse possibile la firma di entrambi i Genitori/ Tutori

Io sottoscritto ....., consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data, …./…./….

Firma

……