

Circolare n°57

Roma, 17/10/2023

Alunni e Famiglie
Docenti
DSGA e personale ATA
Sito web

Oggetto: somministrazione farmaci salvavita a scuola a.s. 2023/24

La presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui studenti e studentesse debbano assumere dei farmaci in orario scolastico. La normativa di riferimento è la nota n. 2312 del 25.11.2005 con cui il Ministero dell'Istruzione ha precisato le modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola.

Dalla nota emerge che:

è assolutamente **vietato somministrare farmaci salvavita a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione** prevista dalla normativa vigente.

L'attivazione di tale procedura prevede la compilazione, dei **moduli 1 e 2 di richiesta somministrazione farmaci a cura dei Genitori e del medico curante o specialista** da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione da parte degli alunni.

Saranno prese in considerazione solo le richieste pervenute sui modelli allegati in calce alla presente circolare.

Si evidenzia che tale richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di **terapia continuativa, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.**

I moduli, debitamente compilati e firmati andranno **inviati entro lunedì 30 ottobre 2023**, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica RMPS010004@istruzione.it specificando nell' oggetto "Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy".

Ministero dell'Istruzione e del Merito
Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e di formazione
Direzione generale per il personale scolastico
LICEO SCIENTIFICO STATALE "A. LABRIOLA"
Codice meccanografico – RMPS010004 Codice Fiscale 80222130587
Via Capo Sperone, 50 00122 Roma - Ostia
www.liceolabriola.it - rmeps010004@istruzione.it - 06.121.128.005

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci: - effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci (indicare se il farmaco deve essere conservato a basse temperature); - concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci; - verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati.

Successivamente i Genitori verranno contattati per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco.

I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Margherita Rauccio
(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
· frequentante la classe..... della scuola.....
· frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....
nell'anno scolastico....., affetto da.....
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in datadal Dott.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra.....
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

1. Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.** In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data,.....

Numeri utili		
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....)		

N.B.
La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità 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 la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome

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

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita a in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante