



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Piazza della Sapienza - 82021 APICE (BN) - Tel.-fax: 0824-922063-

C.M. - I.C. - BNIC81700B - C.M. - C.T.P. - BNCI705002 - C.F. 92028910625

Con sede staccata comune di Paduli (BN) tel. 0824-928846- fax 0824 927281

e-mail: bnic81700b@istruzione.it Pec: bnic81700b@pec.istruzione.it Sito Web: <http://www.icapice.gov.it>

Prot.n.

8143/A266

Apice, 18.09.2018

Ai Responsabili di plesso
Ai Docenti delle scuole di ogni ordine e grado
Ai Genitori degli alunni per il tramite dei docenti
Al DSGA
Al Personale Ata
Al Sito
Alla Bacheca
Agli Atti

Oggetto : Somministrazione farmaci in ambito ed orari scolastici – problematiche relative ad intolleranze alimentari

In base a quanto previsto dalle Raccomandazioni emanate nel 2005 dal Ministro della Pubblica Istruzione e dal Ministro della Salute recepite dal Regolamento di istituto si evidenzia quanto segue:

Considerato che i farmaci a scuola non devono essere somministrati , salvo i casi autorizzati , i genitori in caso di necessità presentano richiesta al dirigente scolastico utilizzando il modulo previsto corredata dalla prescrizione alla somministrazione rilasciata dal medico curante.

Entrambi i moduli vanno ritirati dai genitori degli alunni in segreteria o scaricati dal sito.

A seguito di tale formale richiesta si procede come di seguito indicato :

qualora ritenuto indispensabile dalla prescrizione medica ,viene effettuata una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione di un luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;

si concede l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni ,o a loro delegati , per la somministrazione dei farmaci;

viene verificata la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci , ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati;

Gli operatori della scuola possono essere prioritariamente individuati tra il personale docente ed Ata che abbia seguito corsi di primo soccorso ai sensi della normativa sulla sicurezza e comunque adeguatamente informati anche con il coinvolgimento del medico curante e della famiglia.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei , non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, la scrivente provvederà all'individuazione di soggetti istituzionali presenti sul territorio con i quali stipulare accordi o nel caso non sia attuabile tale soluzione , si potrà ricorrere ,mediante apposite convenzioni , ad Enti ed Associazioni di volontariato(es. Croce Rossa).

In assenza delle condizioni prescritte , la scuola darà motivata e formale comunicazione ai genitori o agli esercitanti la potestà genitoriale ed al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno.

E' appena il caso di ricordare a tutto il personale scolastico la richiesta al Sistema nazionale di Pronto Soccorso nelle situazioni gravi e di emergenza.

A Tal fine si procederà con un piano di azione di cui si forniscono due esempi tra i più ricorrenti:

1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola/o a gestire la classe ed un solo collaboratore in turno:

L'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con un segnale concordato e soccorre il / la bambina/o; il collaboratore accorre , portando il medicinale all'insegnante , chiama il 118 ed i genitori . Riunisce e porta i bambini in un'altra classe;



Istituto Comprensivo Statale
E. Falcetti - Apice
Centro Territoriale Permanente



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Piazza della Sapienza - 82021 APICE (BN) - Tel.-fax- 0824-922063-

C.M. - I.C. - BNIC81700B- C.M. - C.T.P. - BNCT705002- C.F. 92028910625

Con sede staccata comune di Paduli (BN) tel. 0824-928846- fax 0824 927281

e-mail: bnic81700b@istruzione.it Pec: bnic81700b@pec.istruzione.it Sito Web: <http://www.icapice.gov.it>

L'insegnante somministra il farmaco al bambino/a;

L'insegnante dell'altra classe effettua la sorveglianza dei bambini.

2) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore in turno:

una/ un insegnante soccorre il /la bambino/a (come da accordi stabiliti) ;

l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con un segnale concordato , chiama il 118 ed i genitori;

il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante , poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza;

L'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti o personale ATA supplente .

Detto personale al momento dell'entrata in servizio dovrà essere informato del piano di intervento dalle insegnanti del plesso.

Si fa presente inoltre nel caso di diete speciali (ad esempio allergie alimentari o altro) occorrerà richiedere ai genitori la documentazione del medico, con l'indicazione della dieta e degli alimenti da non somministrare.

Richieste di introdurre dolci ed alimenti vari nelle classi per celebrazione di specifiche ricorrenze potranno essere prese in considerazione , a condizione che :

i suddetti alimenti siano acquistati e non confezionati direttamente dai genitori;

tutti i genitori interessati abbiano compilato il modulo specifico di seguito allegato dal quale si evinca la presenza/ assenza di intolleranze alimentari degli alunni.



Il Dirigente scolastico
Anna Signoriello

Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali

Il / La sottoscritto/a _____

residente in via _____ n. _____

città _____ recapito telefonico _____

genitore di _____ nato/a a _____

il _____

frequentante per l'anno scolastico 20___/20___ l'Istituto Comprensivo

scuola _____

classe _____ sezione _____

n. giorni di frequenza settimanale della mensa scolastica: _____

Compilare la parte del modulo e barrare il numero progressivo indicato che interessa

1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

Intolleranza alimentare

Allergia alimentare

Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

.....

.....

.....

Allo scopo allega certificato medico recente in busta chiusa

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

Data _____

Firma _____

Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

(Nota importante : il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO

SI

Data _____

Firma _____

.....

ALLEGATO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

I sottoscritti

.....
.....

Genitori / esercenti la potestà familiare di

.....

nato a il.....

residente a.....in Via

frequentante la classe/sezionedella scuola.....

sita a..... in Via

essendo il minore affetto da.....

chiedono di essere autorizzati a somministrare in ambito ed orario scolastico i farmaci al proprio figlio come da allegata autorizzazione medica rilasciata da

.....

in datadott.....

Si rendono sempre disponibili e prontamente rintracciabili ai seguenti numeri telefonici

numeri di telefono dei genitori

.....

numeri di telefono del medico

.....

provvederanno a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data

Firma

.....

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/200

(Nota importante : il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO

SI

Data

Firma

.....

ALLEGATO 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome e nome dell'alunno

.....

Data di nascita residente a

In Via.....

Istituto.....scuola.....classe/sezione.....

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei seguenti farmaci :

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione (orari, dose , via di somministrazione)

.....
.....
.....
.....

durata terapia.....

.....

eventuali note di primo soccorso

.....
.....
.....
.....

Data.....

Timbro e firma del medico

.....



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Piazza della Sapienza - 82021 APICE (BN) - Tel.-fax: 0824-922063-

C.M. - I.C. - BNIC81700B - C.M. - C.T.P. - BNCT705002 - C.F. 92028910625

Con sede staccata comune di Paduli (BN) tel. 0824-928846 - fax 0824 927281

e-mail: bnic81700b@istruzione.it Pec: bnic81700b@pec.istruzione.it Sito Web: <http://www.icapice.gov.it>

Allegato 3

Alunno /a frequentante la classe/sezione.....

Della scuola.....plesso

A seguito della richiesta presso la direzione dell'istituto, dal Sig.....

Per il /la figlio/a.....relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile, il dirigente scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale

da somministrare all'alunno/a nella dose come da prescrizione medica già consegnata in segreteria ed allegata in copia alla presente . Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra , ogni qual volta il medicinale sarà terminato.1

il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione 2:

.....
.....
.....

il medicinale sarà somministrato all'alunno da 3:

.....
.....
.....

Apice li'.....

IL Dirigente scolastico
.....

Per presa visione

Le insegnanti
.....

Il personale ATA
.....

I genitori dell'alunno/a
.....

1 Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

2 Indicare il luogo della custodia

3 Indicare il nominativo del genitore o dell'insegnante incaricata e le eventuali sostituzioni



Istituto Comprensivo Statale
E. Falcetti - Apice
Centro Territoriale Permanente



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Piazza della Sapienza - 82021 APICE (BN) - Tel.-fax: 0824-922063-

C.M. - I.C. - BNIC81700B - C.M. - C.T.P. - BNCT705002 - C.F. 92028910625

Con sede staccata comune di Paduli (BN) tel. 0824-928846- fax 0824 927281

e-mail: bnic81700b@istruzione.it Pec: bnic81700b@pec.istruzione.it Sito Web: <http://www.icapice.gov.it>

Allegato 4

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

Alunno/a.....

In dataalle ore la /il Sig.....genitore

dell'alunno/afrequentante

la classe /sezione della scuola.....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale da somministrare al bambino/a come da certificazione medica consegnata in segreteria ed

in copia allegata alla presente, rilasciata in datadal

dott.....

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....
.....

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Il genitore

.....

Le insegnanti

.....