



UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO "G. Troccoli"

Via Feliciazza, 22 - 87011 CASSANO - LAUROPOLI (CS)

Cod. Meccanografico: CSIC822003 - Codice Fiscale: 94005990786 - C.U.U: UFV2IM

Telefono: 0981/76096 - Fax: 0981/708430

Sito web: www.lauropoliscuole.edu.it

P.E.O / E-mail: CSIC822003@istruzione.it -

Pec: CSIC822003@pec.istruzione.it



APPENDICE 12

PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

INFORMATIVA

In riferimento alle problematiche relative alla possibilità di somministrare farmaci agli allievi durante l'attività didattica e loro permanenza a scuola, va ribadito che l'auto assunzione e la somministrazione di farmaci agli allievi in custodia al personale scolastico è, di norma, vietata.

In considerazione del fatto che, in molte situazioni (siano esse o meno di emergenza sanitaria), la somministrazione di farmaci possa rappresentare un elemento discriminante per la salute ed il benessere dell'allievo all'interno della scuola ed al fine di tutelarne il diritto allo studio, è stata definita dal Ministero della Pubblica Istruzione di concerto con il Ministero della Salute, una specifica procedura che consente, con un protocollo ben definito, la somministrazione di farmaci all'interno dell'Istituzione Scolastica con particolare riferimento ai cosiddetti farmaci "salvavita". (Min. P. I. prot. n. 2312 del 2005).

In tale evenienza, qualora non sia possibile l'intervento diretto e tempestivo da parte dei genitori o affidatari degli allievi e non sia stata da loro richiesto a tal fine l'accesso nell'edificio scolastico, è possibile la somministrazione di farmaci da parte del personale scolastico a condizione che:

- si renda VOLONTARIAMENTE disponibile;
- abbia ricevuto sufficienti informazioni riguardo alle modalità di somministrazione del farmaco;
- l'intervento non richieda specifiche cognizioni sanitarie o metta in campo discrezionalità tecniche da parte del somministratore.

La somministrazione dei farmaci da parte del predetto personale è subordinata ad una richiesta da parte dei genitori o affidatari dell'allievo, che forniranno il farmaco, accompagnata da una certificazione medica relativa allo stato di salute dell'allievo ed al farmaco da utilizzare, unitamente a specifiche procedure relative alla somministrazione redatto dal medico curante.

In tale evenienza il personale resosi disponibile alla somministrazione, se avrà seguito le indicazioni delle procedure redatte dal medico curante, sarà in ogni caso esente da responsabilità di ordine penale o civile.

MODULISTICA

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente Scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori accompagnata da un'autorizzazione medica che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso, ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale.

Nella certificazione medica dovranno essere chiaramente indicati i punti sotto riportati:

- stato di malattia dell'alunno;
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente Scolastico comunica ai docenti della classe e ai collaboratori scolastici le informazioni necessarie per la somministrazione del farmaco e ne raccoglie le disponibilità alla somministrazione.

Ricevute le informazioni, gli insegnanti dovranno accertarsi di aver compreso le procedure necessarie alla somministrazione del farmaco, impegnandosi ad un confronto e un approfondimento in occasione del primo incontro utile (consiglio di classi/ riunione del team docenti). In caso di dubbi o incertezze sono tenuti a chiedere maggiori informazioni o ulteriori materiali al Dirigente Scolastico.

In caso di somministrazione del farmaco i docenti dovranno attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con il medico curante e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti sopra indicati anche la dicitura "il minore può autosomministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola". La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico. Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico informerà i docenti della procedura precisando che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola".

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.

Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Si allega modulistica

Il presente Regolamento è stato approvato nella seduta del Consiglio di Istituto del 19 dicembre 2022.

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI
FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a _____ nato/a a _____
_____ in data ____/____/____ e residente a _____
in via _____ codice fiscale _____
e considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco
_____, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la
somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

☐ salvavita oppure ☐ indispensabile;

- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia al genitore dell'alunno/a _____

Lauropoli, _____

In fede
Timbro e Firma del Medico

.....

PIANO TERAPEUTICO

Cognome _____

Nome _____

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

Modalità di somministrazione del farmaco

Mattina (h.) dose da somministrare

Pasto (prima, dopo) dose

Pomeriggio (h.) dose

- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

.....

- Dose da somministrare

- Modalità di somministrazione del farmaco

- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco

.....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

.....

- Dose da somministrare

.....

- Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

.....

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì

☐ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

☐ Sì

☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL

.....

Lauropoli, _____

In fede
Timbro e Firma del Medico

.....

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto "G. Troccoli"
di Lauropoli - Cassano All'Ionio (CS)

I sottoscritti

PADRE _____

MADRE _____

Genitori (o tutori) dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il ____./____./____ e residente a _____

in via _____, che frequenta la classe _____ sez. _____

Scuola dell'Infanzia
Scuola Primaria
Scuola Secondaria di I grado

di _____

- consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie;
- in base alla Certificazione Medica con Attestazione e Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio

di Pediatria dell'A.S.L. /dal Dott., in data/...../.....;

CHIEDONO

☐ che al proprio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano Terapeutico;

(oppure)

☐ che al proprio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimiamo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e solleviamo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano Terapeutico.

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere 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.

Numeri di telefono	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

A tal fine acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

I sottoscritti, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiarano 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.

Lauropoli, _____

Firme dei genitori

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

-Al fascicolo personale dell'alunno/a

-Al genitore dell'alunno/a

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____

☐ genitore dell'alunno/a _____

☐ oppure esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

nato/a a _____ il ____./____./____ e residente a _____

in via _____, che frequenta la classe _____ sez. _____

Scuola dell'Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di I grado

di _____

consegna all'incaricato

Sig./Sig.ra _____, un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico,
nel seguente luogo: _____

con le seguenti modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Lauropoli, _____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore _____

Oggetto: **Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente

dell'I.C. di Lauropoli presso la sede di.....

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....

della classe..... dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci

secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Lauropoli, _____

Firma

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente e alle insegnanti del _____

I sottoscritti

Cognome e nome 1° Genitore Firma
..... (*)

Cognome e nome 2° GenitoreFirma
.....

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata per presa visione da parte di un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.

- ☐ consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- ☐ in base alle certificazioni allegate;

AUTORIZZANO

- ☐ Il personale educativo/docente della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- ☐ Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.
- ☐ Si allega prescrizione/certificazione/piano terapeutico redatta da _____
in data _____
- ☐ Si consegna farmaco specifico: _____

Data:

Allegato al presente modulo troverà l'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 GDPR in materia di protezione dei dati personali. Maggiori e più puntuali precisazioni sulle finalità di trattamento possono essere reperite sul sito istituzionale dell'Istituto.

INFORMATIVA PRIVACY ALLE FAMIGLIE

Redatta ai sensi degli Artt. da 13 a 15 del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

Prima che Lei ci fornisca i dati personali che La riguardano, in applicazione del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali, è opportuno che prenda visione di una serie di informazioni che La possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali i Suoi dati verranno trattati e quali sono i diritti che potrà esercitare rispetto a questo trattamento.

Per quale finalità saranno trattati i miei dati personali?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente all'iscrizione dello studente all'Istituto scolastico avverrà allo scopo di costituire, perfezionare e mantenere il rapporto con l'Istituto stesso, per garantire il diritto alla salute dello studente, per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.) previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali garanzie ho che i miei dati siano trattati nel rispetto dei miei diritti e delle mie libertà personali?	Il trattamento avverrà nell'ambito degli uffici di segreteria e dei locali scolastici in genere in modalità sia manuale che informatica. A garanzia della riservatezza dei dati saranno applicate misure minime di sicurezza organizzative ed informatiche di cui viene data evidenza all'interno del "Documento delle misure a tutela dei dati delle persone" elaborato da questa Istituzione scolastica. L'Istituto ha provveduto ad impartire ai propri incaricati istruzioni precise in merito alle condotte da tenere ad alle procedure da applicare per garantire la riservatezza dei dati dei propri utenti. In occasione del trattamento potremmo venire a conoscenza di dati delicati in quanto idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, infortuni, esoneri, diagnosi funzionali etc.) e convinzioni religiose (richiesta di fruizione di festività religiose, diete religiose etc.) che, assieme ai dati definiti "giudiziari" vengono trattati per le finalità di rilevante interesse pubblico che il M.I.U.R. persegue. Non verrà eseguito su di essi alcun processo decisionale automatizzato (profilazione).
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti?	I dati personali forniti potranno essere comunicati agli Enti territoriali, all'Amministrazione scolastica (M.I.U.R., U.S.R. ed U.S.T.), all'INAIL, all'ASL/ATS oltre che ai professionisti e fornitori di cui il nostro Istituto si avvale quali RSPP, DPO, medico competente, compagnie di assicurazione, agenzie di viaggio, esclusivamente per finalità istituzionali. Specificamente i Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati; ai responsabili del servizio di refezione (se previsto) per i fini organizzativi dello stesso, agli enti esterni per l'organizzazione di attività didattiche di vario genere incluse le uscite didattiche, i dati gestiti in modalità informatica potranno essere visti dai tecnici incaricati della loro custodia in occasione delle attività di controllo e manutenzione della rete e delle apparecchiature informatiche. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti non espressamente indicati nella presente se non previo acquisizione del Suo consenso, né diffusi. Gli stessi non verranno trasferiti a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali.
Per quanto tempo terrete i miei dati?	I dati saranno conservati presso l'Istituto per tutto il tempo in cui l'iscrizione sarà attiva ed in seguito, in caso di trasferimento ad altra Istituzione o cessazione del rapporto, verranno trattenuti esclusivamente i dati minimi e per il periodo di conservazione obbligatorio previsto dalla normativa vigente.
Quali sono i miei diritti?	L'interessato ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento: - L'accesso ai propri dati, la loro rettifica o cancellazione; - La limitazione e di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano; - La portabilità dei dati; L'interessato ha inoltre diritto a proporre reclamo all'Autorità di controllo dello Stato di residenza, nonché a revocare il consenso al trattamento ai sensi dell'Art. 6 del G.D.P.R.
Cosa accade se non conferisco i miei dati?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire allo studente tutti i servizi necessari per garantire il suo diritto alla salute.
Chi è il Titolare del trattamento?	L'Istituto Scolastico nella persona del Dirigente Scolastico pro tempore
Responsabile della protezione dei dati (R.P.D. / D.P.O.)	Altomari Carmine

