



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO "BERNACCHIA"

Piazza Vittorio Veneto snc - **86039 TERMOLI (CB)** - Fax 0875/712709 – Tel. 0875/712701-2-3-4-5-6-7

Codice Fiscale 91055120702 - Codice Meccanografico CBIC85400G

E-mail: cbic85400g@istruzione.it; cbic85400g@pec.istruzione.it - Sito web: www.comprensivobernacchia.edu.it

Prot. n. 635 del 20/09/2019

PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Approvato dal Commissario Straordinario Delibera n. 7 del 20 settembre 2019

Oggetto del presente protocollo sono le procedure finalizzate all'assistenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministro della salute, 25/11/2005: "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico."

QUANDO SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA

La somministrazione di farmaci deve avvenire **solamente** sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'ASL e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori assieme alla certificazione rilasciata da un medico/pediatra della ASL.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

Modulo di Richiesta, utilizzato dai genitori (**Allegato 1**), che deve rispettare i seguenti criteri:

- somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- 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;
- fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Modulo di Certificazione, rilasciato un medico/pediatra della ASL (**Allegato 2**).

ACQUISIZIONE E CONSERVAZIONE DEI FARMACI

La famiglia consegnerà al Dirigente Scolastico i farmaci prescritti in confezione integra, in corso di validità, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento avendo cura di sostituire/rifornire il farmaco al bisogno.

ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Il Dirigente Scolastico, acquisiti il Modulo di Richiesta e il Modulo di Certificazione:

- individua uno o più incaricati responsabili di somministrare i farmaci tra i docenti e il personale A.T.A. che abbiano offerto la propria disponibilità compilando il **Modulo di messa a disposizione (Allegato 4)**;
- concorda con il medico eventuali necessità formative da attivare per il personale addetto alla somministrazione del farmaco;
- dispone affinché sia data esecuzione a quanto indicato nel modulo di certificazione;

- valuta la possibilità di stipulare accordi e convenzioni con altri soggetti istituzionali del territorio qualora le modalità di somministrazione non possano essere espletate dal personale scolastico;
- dà la relativa comunicazione ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno nel caso in cui anche tale soluzione non sia attuabile.

SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, etc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile.

In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco.

Il consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI ALUNNI

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati dal medico/pediatra della ASL quando ciò è previsto dallo stesso e da parte di alunni che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (**Allegato 1**).

Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto adeguatamente formato, sia per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione sia per intervenire in caso di eventuali situazioni di urgenza-emergenza.

GESTIONE DELL'EMERGENZA

I farmaci "salvavita" rientrano nella tipologia più generale dei farmaci per la cui somministrazione a scuola è necessaria la certificazione dell'ASL.

Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza il personale somministratore, e comunque il personale scolastico presente, attiverà una **Chiamata di Soccorso al 118**.

INDICE ALLEGATI

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Allegato 1: Modulo di Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico

Allegato 2: Modulo di Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Allegato 3: Richiesta del DS di disponibilità del personale scolastico

Allegato 4: Dichiarazione di disponibilità alla somministrazione del farmaco



LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Rosanna SCRASCIA

Rosanna Scrascia



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO "BERNACCHIA"

Piazza Vittorio Veneto snc - **86039 TERMOLI (CB)** - Fax 0875/712709 – Tel. 0875/712701-2-3-4-5-6-7

Codice Fiscale 91055120702 - Codice Meccanografico CBIC85400G

E-mail: cbic85400g@istruzione.it; cbic85400g@pec.istruzione.it - Sito web: www.comprensivobernacchia.edu.it

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI **(Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016)**

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

desidero informarvi che la normativa vigente 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 medesimi.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all'Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico, prof.ssa Rosanna Scrascia.
- Il responsabile del trattamento dei dati è Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi, rag. Rachelina Pilla,
- Il Responsabile della Protezione Dati è Guido Palladino, email guido.palladino.dpo@gmail.com PEC guido.palladino@mypec.eu cellulare 3209269241

Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o ai Responsabili sopraindicati per far valere i Suoi diritti così come previsti dalla normativa vigente e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente



LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Rosanna SCRASCIA

Rosanna Scrascia

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "BERNACCHIA"
Termoli

OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore dell'alunno
_____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ che frequenta la
classe ____ sez ____ della Scuola _____

CHIEDO

in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta):

- di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco).....personalmente o tramite..... da me incaricato
(oppure)
- che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dal medico/pediatra Pediatria della ASL (scrivere nome del farmaco) _____ consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;
(oppure)
- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata medico/pediatra Pediatria della ASL (scrivere nome del farmaco) _____ consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia 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 lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra/medico di famiglia:

A tal fine

ACCONSENTO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 e ss.mm.ii., in relazione alle finalità istituzionali o ad essa strumentali, come esposti nell'informativa del Dirigente Scolastico allegata al Protocollo di somministrazione.

In fede

Data _____

Firma⁽¹⁾ di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

⁽¹⁾Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/'06), altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

(Carta intestata pediatra/medico ASL)

OGGETTO: Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Il sottoscritto dott. _____, medico curante del minore, constatata la assoluta necessità,

CERTIFICA

la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome _____ data e luogo di nascita _____
residente a _____
in Via _____ tel. _____

A) Nome del farmaco _____ Durata della terapia: dal _____ al _____

Somministrazione quotidiana: Orario e dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione _____

Note _____

Somministrazione al bisogno:

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

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di
farmaco salvavita (barrare la scelta): Sì No

Modalità di conservazione _____

Note _____

B) Nome del farmaco salvavita _____

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

Modalità di conservazione _____

Modalità di somministrazione _____

Note _____

Data

Il Medico ASL (Timbro e Firma)



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO "BERNACCHIA"

Piazza Vittorio Veneto snc - **86039 TERMOLI (CB)** - Fax 0875/712709 – Tel. 0875/712701-2-3-4-5-6-7

Codice Fiscale 91055120702 - Codice Meccanografico CBIC85400G

E-mail: cbic85400g@istruzione.it; cbic85400g@pec.istruzione.it - Sito web: www.comprensivobernacchia.edu.it

Ai docenti della sezione/classe
Al Personale ATA
Al personale della Squadra di Primo Soccorso
Plesso,
Agli Atti

Oggetto: Somministrazione di farmaci in orario scolastico: richiesta disponibilità del personale scolastico

Si comunica alle SS. LL. che i genitori dell'alunno (iniziali), frequentante la sezione/classe della Scuola Plesso., hanno presentato in data richiesta, corredata da specifica autorizzazione medica che ne attesta la assoluta necessità, per la somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico al proprio figlio.

Nella richiesta è precisato che la somministrazione del farmaco può essere effettuata anche da parte di personale non sanitario.

Si ritiene che la disponibilità delle SS.LL. alla somministrazione del farmaco all'alunno in caso di necessità permetterà allo stesso di fruire del diritto allo studio che altrimenti sarebbe compromesso.

Le SS. LL. possono richiedere alla scrivente ulteriori informazioni sulla richiesta summenzionata e chiedere, ove lo ritenessero necessario, ulteriori informazioni ai genitori o al pediatra/medico dell'alunno. Possono inoltre richiedere alla scrivente una formazione specifica a riguardo, ove ciò sia ritenuto necessario.

Si confida un Vostro riscontro positivo.



LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Rosanna SCRASCIA

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "BERNACCHIA"
Termoli

OGGETTO: DISPONIBILITÀ SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____

docente della classe SI NO

docente formato primo soccorso SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso SI NO

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico,

VISTA la nota della Dirigente Scolastica, prot. n. _____ del _____

DICHIARA

- di essere disponibile 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;
- di non dare 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, per i seguenti motivi _____

Data

In fede