PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica.
Considerato che:

1. il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
4. nei casi il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

Iter procedurale/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, come da allegato modulo (**all. A**) 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 in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.
Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

- 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;[1]

- 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 predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- **all. B/1** se trattasi di farmaco salvavita;
- **all. C/1** se trattasi di farmaco indispensabile.

Il Dirigente scolastico o, in sua assenza, il Collaboratore del Dirigente / Responsabile di Plesso, procederà a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- **all. B/2** verbale per farmaco salvavita
- **all. C/2** verbale farmaco indispensabile.

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere **l'auto-somministrazione** (**all. D**).

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.

Fano/Pergola, ……

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Ing. Raffaele BALZANO

[1] - La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti …….. ……

genitori di.....nato/a

a……..……. il ……..

residente a …….…… in via…….……

frequentante la classe ……..del Liceo Scientifico "G. Torelli" sede di Pergola.

Essendo il minore affetto da …….……

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico rilasciata in data .....dal Dott. ……..

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Autorizzo il trattamento dei dati personali, anche particolari, come i dati sanitari, ai sensi del Reg. UE 2016/679 e D.lgs 196/03 s.m.i.

SI NO

Fano/Pergola, …….

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

…… ……..

Numeri di telefono utili:

- Genitori _____
- Medico Curante _____

Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679 "GDPR"

La somministrazione di farmaci in orario scolastico comporta il trattamento dei dati personali dei genitori e dell'alunno da parte dell'Istituto scolastico, quale Titolare del trattamento. Il trattamento di dati personali è effettuato su richiesta dell'interessato e la procedura è attuata dal Titolare, nell'ambito del protocollo terapeutico sanitario stabilito, nel rispetto di quanto necessario per motivi di interesse pubblico rilevante (art. 9, pr.2 lett. g) GDPR), nonché per diagnosi e assistenza del minore (art. 9, pr.2 lett. h) GDPR). Il trattamento dei dati è effettuato con modalità manuali e informatiche, nel rispetto di misure di sicurezza adeguate alla protezione dei dati.

Fornire i dati è necessario per poter procedere alla corretta gestione della somministrazione. I dati raccolti dall'Istituto per tale trattamento sono quelli forniti con l'apposita modulistica e saranno elaborati dal personale del Titolare, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. Il trattamento riguarda anche dati sanitari (c.d. particolari). I dati sono trasmessi ai competenti Uffici per il corretto svolgimento del servizio e possono essere comunicati all'esterno solo per obblighi di legge o solo in caso di soggetti appositamente individuati e istruiti quali responsabili del trattamento, al fine di permettere il corretto espletamento delle procedure e del servizio. L'utilizzatore può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, ivi compreso il diritto al reclamo all'Autorità Garante (info: https://www.garanteprivacy.it), nei limiti previsti dagli artt. 23 GDPR, 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy. Non sono previsti processi decisionali automatizzati né trasferimenti extra UE. I dati saranno conservati per il termine previsto dalla legge e per la durata della richiesta di somministrazione. Ulteriori informazioni come l'informativa generale, il modulo per l'esercizio dei diritti indicati o i dati di contatto del RPD, sono disponibili nel sito web istituzionale.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome ……. Nome……....

Data di nascita ……..Residente a …….

in via …….. Telefono …… Classe ……

del Liceo Scientifico "G. Torelli" sede di Pergola, Dirigente Ing. Raffaele Balzano.

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco …….

Modalità di somministrazione …… Posologia ……..

Orario: … … … … Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico.....)

dal…….. al……..

Terapia di mantenimento: …….…….……..

……..

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

……..

Modalità di conservazione del farmaco: …….…

Note …….……

……..

Data …… Timbro e firma del Medico

…….

Allegato B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all'alunno/a_____frequentante la classe _____

del Liceo Scientifico "G. Torelli" sede di Pergola

A seguito della richiesta inoltrata dal/i Sig. _____

presso la direzione dell'Istituto, per il/la figlio/a _____

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Fano/Pergola, _____

IL DIRIGENTE

Ing. Raffaele Balzano

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:	Personale ATA:

Allegato C/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
Al Personle ATA
Al Direttore S.G.A.

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a_____frequentante la classe _____
del Liceo Scientifico "G. Torelli" sede di Pergola
A seguito della richiesta inoltrata dal/i Sig. _____
presso la direzione dell'Istituto, 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 ogni giorno alle ore _____all'alunno/a nella dose di_____come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e 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]

....
....

Fano/Pergola, _____

IL DIRIGENTE

Ing. Raffaele Balzano

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

[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 personale incaricato e le eventuali sostituzioni.

Allegato B/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data_____alle ore_____la/il sig./sig.ra_____ genitore dell'alunno/a_____frequentante la classe del Liceo Scientifico "G. Torelli" sede di Pergola, porta a conoscenza il Dirigente /Collaboratore del D.S. prof._____che l'alunna ha nel proprio zaino un flacone nuovo ed integro del medicinale_____ da somministrare al/alla bambino/a in caso di

1 _____

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data_____dal 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.
- 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.

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

_____ _____

Fano/Pergola, _____

Il genitore | Il Collaboratore del Dirigente

_____ _____

[1] Indicare l'evento

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ing. Raffaele Balzano

Allegato C/2
VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data_____alle ore_____la/il sig./sig.ra _____ genitore dell'alunno/a_____frequentante la classe del Liceo Scientifico "G. Torelli" sede di Pergola consegna al Dirigente scolastico /Collaboratore del D.S. prof._____un flacone nuovo ed integro del medicinale _____ da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore _____ nella dose _____come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data_____dal 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.
- 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.

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

_____ _____

Fano/Pergola, _____

Il genitore

_____

Il Collaboratore del Dirigente

_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ing. Raffaele Balzano

Allegato D
RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti _____

genitori di_____nato/a a _____

il_____residente a_____in via _____

frequentante la classe_____del Liceo Scientifico "G. Torelli" sede di Pergola.

Essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____dal dott. _____

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
Autorizzo il trattamento dei dati personali, anche particolari, come i dati sanitari, ai sensi del Reg. UE 2016/679 e D.lgs 196/03 s.m.i.

Fano/Pergola, _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

_____

_____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____ _____

Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679 "GDPR"

La somministrazione di farmaci in orario scolastico comporta il trattamento dei dati personali dei genitori e dell'alunno da parte dell'Istituto scolastico, quale Titolare del trattamento. Il trattamento di dati personali è effettuato su richiesta dell'interessato e la procedura è attuata dal Titolare, nell'ambito del protocollo terapeutico sanitario stabilito, nel rispetto di quanto necessario per motivi di interesse pubblico rilevante (art. 9, pr.2 lett. g) GDPR), nonché per diagnosi e assistenza del minore (art. 9, pr.2 lett. h) GDPR). Il trattamento dei dati è effettuato con modalità manuali e informatiche, nel rispetto di misure di sicurezza adeguate alla protezione dei dati.
Fornire i dati è necessario per poter procedere alla corretta gestione della somministrazione. I dati raccolti dall'Istituto per tale trattamento sono quelli forniti con l'apposita modulistica e saranno elaborati dal personale del Titolare, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. Il trattamento riguarda anche dati sanitari (c.d. particolari). I dati sono trasmessi ai competenti Uffici per il corretto svolgimento del servizio e possono essere comunicati all'esterno solo per obblighi di legge o solo in caso di soggetti appositamente individuati e istruiti quali responsabili del trattamento, al fine di permettere il corretto espletamento delle procedure e del servizio. L'utilizzatore può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, ivi compreso il diritto al reclamo all'Autorità Garante (info: https://www.garanteprivacy.it), nei limiti previsti dagli artt. 23 GDPR, 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy. Non sono previsti processi decisionali automatizzati né trasferimenti extra UE. I dati saranno conservati per il termine previsto dalla legge e per la durata della richiesta di somministrazione. Ulteriori informazioni come l'informativa generale, il modulo per l'esercizio dei diritti indicati o i dati di contatto del RPD, sono disponibili nel sito web istituzionale.

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della Scuola una confezione nuova ed integra del medicinale _____
da somministrare in caso di _____
(indicare l'evento) come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
Il genitore provvederà a rifornire la Scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).
Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: _____
(indicare il luogo dove sarà conservato).

Nel caso all'alunno/a dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della Scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

Comportamenti del personale
Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:

  - chiama i genitori,
  - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:

  - accudisce l'alunno
  - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

a) il docente di classe soccorre l'alunno/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato;
b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale al docente, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza;
c) il docente che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco;
d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **docenti supplenti o supplenti del personale A.T.A.** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dai docenti di plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ing. Raffaele Balzano