

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE "B. MIRAGLIA"

Via Vigna del Principe

88816 STRONGOLI (KR)

tel. 0962/818345 - cod. fisc. 81005470794 - cod. mecc. KRIC80900B

e-mail: kric80900b@istruzione.it - pec: kric80900b@pec.istruzione.it

sito web: www.iostrongolikr.edu.it

PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI INDISPENSABILI E/O SALVAVITA

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Marina Agostino

KRIC80900B - AOOA24SOJX - REGISTRO PROTOCOLLO - 0010418 - 04/12/2023 - I.1 - I

Firmato digitalmente da MARINA AGOSTINO

PREMESSA

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci indispensabili e/o salvavita in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica.

L'assistenza di tali alunni che esigono la somministrazione di farmaci indispensabili e/o salvavita 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.

PROCEDURA AUTORIZZAZIONE

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 (All. A)**, unita all'**Autorizzazione medica** (richiesta ai servizi di Pediatria delle ULSS, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale) in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Questa procedura va attuata anche in caso di **Richiesta di autonoma somministrazione (All. B)** da parte degli alunni.

Se i genitori hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), devono solo comunicare la **prosecuzione** della stessa nell'anno scolastico in corso, compilando esclusivamente l'**All. C** e l'eventuale auto-somministrazione (All. B). I moduli vanno inviati, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica:

- kric80900b@istruzione.it
- kric80900b@pec.istruzione.it

L'oggetto della mail deve contenere la seguente dicitura: "Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy".

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

AUTORIZZAZIONE/CERTIFICAZIONE MEDICA DA PRESENTARE CON L'ALLEGATO A

Nel rilasciare l'autorizzazione il medico deve 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 (la persona incaricata

Firmato digitalmente da **MARINA AGOSTINO**

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);

- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario. Inoltre dovrà indicare in modo chiaro e leggibile:
 - nome cognome dell'alunno/a;
 - nome commerciale del farmaco;
 - descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
 - dose da somministrare;
 - modalità di somministrazione del farmaco;
 - possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli;
 - modalità di conservazione del farmaco;
 - durata della terapia.

PIANODI INTERVENTO

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico predispone l'**Autorizzazione (All. D)** come da *Protocollo somministrazione farmaci* presente nel sito web d'Istituto.

Il genitore consegna al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare al proprio figlio/a nel caso specificato dalla certificazione medica consegnata in segreteria.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto.

Il medicinale viene conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione.

Nel caso l'alunno/a dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando i comportamenti più opportuni.

Il personale conserva la calma per poter affrontare adeguatamente la situazione. È importante potersi avvalere di due persone.

1. Una persona per i contatti telefonici:
 - chiama i genitori;
 - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
2. Una persona per la somministrazione:
 - accudisce l'alunno/a;
 - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

A) Orario in cui l'insegnante di classe si trova da solo a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico presente nel plesso:

- l'insegnante di classe soccorre l'alunno/a e chiama il collaboratore scolastico;
- il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna (se possibile) ad un altro insegnante presente che effettuerà la sorveglianza;
- l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco;
- il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

B) Orario in cui l'insegnante di classe si trova da solo a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:

- l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico e soccorre l'alunno/a;
- il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna (se possibile) ad un altro insegnante presente nel plesso che effettuerà la sorveglianza;
- l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco;
- il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

C) Orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- un'insegnante soccorre l'alunno/a;
- l'altro docente chiama il collaboratore scolastico, poi chiama il 118 e 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 l'alunno/a somministra il farmaco.

VERBALE DI CONSEGNA DEL FARMACO

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano i docenti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da modulo allegato (All. E).

AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Per casi specifici, d'intesa con l'ULSS e la famiglia, è possibile prevedere anche l'**auto - somministrazione** (All.B) da parte degli alunni stessi. Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola anche la dicitura che: "il minore può auto-somministrarsi 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 predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e i docenti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola; anche in questi documenti andrà specificato 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 e in corso dello stesso, se necessario.

All.A

Al Dirigente Scolastico ISTITUTO
OMNICOMPRESIVO "B. MIRAGLIA"
STRONGOLI

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI (CONTIENE DATI SENSIBILI)

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti genitori
di..... nato a.....il
residente a.....in Via.....
frequentante la classe della Scuola di
..... essendo il minore affetto dalla seguente patologia... ..e
constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

- che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data/...../..... dal dott./dott.ssa..... ;
(oppure)
- che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data...../...../..... dal dott./dott.ssa.....;

- A. I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
- B. I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
- C. I sottoscritti provvederanno 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.
- D. I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

Firmato digitalmente da MARINA AGOSTINO

KRIC80900B - AOOA24SOUJ - REGISTRO PROTOCOLLO - 0010418 - 04/12/2023 - I.1 - I

E. I sottoscritti autorizzano il personale della scuola a intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Omnicomprensivo Statale "B. Miraglia" di Strongoli dichiara che il trattamento dei dati personali da voi forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03.

Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Omnicomprensivo Statale "B. Miraglia" di Strongoli" dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti; che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che voi potrete esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico Dott.ssa Marina Agostino.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili:

Genitori

.....cell./abitazione.....

.....cell./abitazione.....

Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale(MMG)

.....cell./studio.....

Se seguito/a presso un Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento

tel

NB) Si allega alla presente apposita Certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Firmato digitalmente da MARINA AGOSTINO

All.B

Al Dirigente
Scolastico ISTITUTO OMNICOMPRESIVO
"B. MIRAGLIA"
STRONGOLI

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da inviare al D.S.)

I sottoscritti.....
genitori di.....nato a..... il
residente ain via.....
frequentante la classe.....della Scuola.....
sita a.....in Via.....

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.
Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati
sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili:

Genitori
.....cell./abitazione.....
.....cell./abitazione.....

Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
.....cell./studio.....

..... Luogo e Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
.....
.....

Firmato digitalmente da MARINA AGOSTINO

KRIC80900B - AOOA24SOUJ - REGISTRO PROTOCOLLO - 0010418 - 04/12/2023 - I.1 - I

PROSECUZIONE SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da inviare al D.S.)

I sottoscritti
rigenito
dell'alunno/a
nato/a..... iscritto/a alla
classe.....Sez..... Plesso

- avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;
- considerato che nel corrente A.S il/la proprio/a figlio/a necessita, in caso di bisogno, della somministrazione del farmaco e/o la l'auto-somministrazione in quanto la terapia non è mutata

chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico.....

- A. I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
- B. I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
- C. I sottoscritti provvederanno 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.
- D. I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita

dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

E. I sottoscritti autorizzano il personale della scuola a intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Omnicomprensivo Statale "B. Miraglia" di Strongoli dichiara che il trattamento dei dati personali da voi forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03.

Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Omnicomprensivo Statale "B. Miraglia" di Strongoli dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti; che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che voi potrete esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico Dott.ssa Marina Agostino.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili:

Genitori

.....cell./abitazione.....

.....cell./abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/ Medico di Medicina Generale(MMG)

.....cell/studio.....

Se seguito/a presso un Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento

.....tel.....

NB)Si allega alla presente apposita Certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Firmato digitalmente da MARINA AGOSTINO

All.D

-Al Personale Docente

-Al Personale ATA

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE E/O SALVAVITA

All'alunno/a frequentante la classe scuola.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso il D.S. dell'Istituto in data

..... dal/i Sig.....

..... per proprio figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile** [] **salvavita** [],
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 (al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (*indicare il luogo della custodia*):.....
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da (*indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni*):
.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Marina Agostino

KRIC80900B - AOOA24SOJX - REGISTRO PROTOCOLLO - 0010418 - 04/12/2023 - I.1 - I

AII.E

VERBALE PER CONSEGNA FARMACO SALVAVITA

In data.....alle ore.....la/il sig.
genitore dell'alunno/a.....
frequentante la classe.....della scuola.....
consegna ai docenti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale
.....da somministrare al/alla alunno/a in caso
di(*Indicare l'evento*).....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:

.....

I genitori

I docenti

.....

.....

.....

.....

....

.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Marina Agostino

KRIC80900B - AOOA24SOJX - REGISTRO PROTOCOLLO - 0010418 - 04/12/2023 - I.1 - I

Disponibilità per la somministrazione farmaci agli alunni durante l'orario scolastico

Il/La sottoscritto/a _____

docente ATA, presso la scuola/plesso _____

formazione primo soccorso _____ SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno _____

della classe _____ Plesso _____

Dichiara

- 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.
- la propria disponibilità a partecipare, a titolo volontario, ad un eventuale incontro di formazione sulla somministrazione di farmaci a scuola.

DATA ____/____/____

FIRMA _____