



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

ISTITUTO COMPRENSIVO "ADA NEGRI"

Via Don Milani n. 3 - 20020 MAGNAGO (MI)

Tel. 0331658080

Codice Fiscale: 93018880158

Codice Meccanografico MIIC84200D

Codice univoco: UFXCY3

E-mail: MIIC84200D@istruzione.it

PEC: MIIC84200D@pec.istruzione.it

Sito: www.icadanegri.gov.it



PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

VISTI gli artt. 3, 32, 33 e 34 e 120 della Costituzione della Repubblica Italiana;

VISTI gli artt. 2043, 2047 e 2048 del Codice Civile - Regio Decreto 16 marzo 1942, n. 262;

VISTI gli artt. 40, 589, 590, 591 e 593 del Codice penale - Regio Decreto del 19 ottobre 1930, n. 1398;

VISTO il D.lgs 9 aprile 2008, n. 81, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";

VISTO il D.lgs del 3 agosto 2009, n. 106 "correttivo";

VISTA la L. 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";

VISTA la Nota MIUR prot. n. 2312/Dip/Segr "Somministrazione farmaci in orario scolastico";

VISTA la Circolare Ministeriale n. 321 del 10 ottobre 2017 "Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci indispensabili";

VISTO che gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del D.lgs n. 626/94;

CONSIDERATA la sentenza del TAR Campania - Napoli, sez. IV, sentenza n. 2788 del 01 giugno 2016

CONSIDERATA la sentenza del TAR Sardegna, n. 2018 del 22 giugno 2011;

CONSIDERATA la sentenza del Tribunale di Roma, sezione lavoro, sentenza n. 2779 del 28 febbraio 2002;

CONSIDERATA la delibera n. 112 del 20 febbraio 2012 della Regione Toscana che al momento rappresenta un importante riferimento normativo, recependo l'Accordo di collaborazione con

l'Ufficio Scolastico Regionale siglato a seguito dell'Atto di Raccomandazioni del 25.11.2005, a firma dei Ministri dell'Istruzione e della Salute *pro tempore*;

CONSIDERATA la Rilevazione ISTAT-MIUR (decreto direttoriale n.14/I del 11 settembre 2012);

Tutto quanto sopra visto e considerato e

PREMESSO che il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/01/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;

PREMESSO che la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico);

PREMESSO che la somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;

PREMESSO che a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

PREMESSO che la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga);

PREMESSO che il Consiglio di Istituto in data 30/10/2023 Ottobre 2023 con delibera n. 97 ha modificato il Regolamento d'Istituto con contestuale adozione anche del presente Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola,

SI DISPONE

il seguente PROTOCOLLO in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e istituzione scolastica.

LA FAMIGLIA	<ul style="list-style-type: none">• richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. (Allegato 1) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Allegato 4);• autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Allegato 1);• fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante (Allegato n. 5).• comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.
IL MEDICO CURANTE	<ul style="list-style-type: none">• rilascia il certificato (Allegato 3) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;• indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;• indica la modalità di conservazione del farmaco;• indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;• indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ul style="list-style-type: none">• valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico. (Allegato 2);• individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;• individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;• promuove incontri con il Medico curante (Allegato n. 6), la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:<ul style="list-style-type: none">- la patologia e le sue manifestazioni;- la fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;- la non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;- la presa d'atto della certificazione medica;- le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;- l'indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: intervento di soccorso, chiamata al 112, numero di emergenza Unico Europeo, chiamata alla famiglia;- individua e autorizza, con apposita nomina (Allegato n. 7), il personale docente e non docente, disponibile alla somministrazione del farmaco.

**1. Modalità di somministrazione di farmaci per
terapie farmacologiche programmate da parte dei genitori o di loro delegati**

LA FAMIGLIA	<ul style="list-style-type: none">• i genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui indicano nome e cognome dell'alunno;• precisano la patologia di cui soffre l'alunno;• comunicano il nome commerciale del farmaco;• chiedono che, in caso di necessità, il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;• autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;• allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, posologia, modalità e tempi di somministrazione, eventuale piano d'azione);• forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ul style="list-style-type: none">• il Dirigente Scolastico, acquisita la certificazione del medico curante, concede l'autorizzazione all'accesso ai locali dell'istituto durante l'orario di scuola ai genitori degli alunni o ai loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;• il Referente di plesso individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.

2. Modalità di somministrazione / auto somministrazione di terapia farmacologica programmata o di farmaci per particolari patologie acute da parte di personale della scuola

LA FAMIGLIA	I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui: <ul style="list-style-type: none">• indicano nome e cognome dell'alunno;• precisano la patologia di cui soffre l'alunno;• comunicano il nome commerciale del farmaco;• chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;• autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;• allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, posologia, modalità e tempi di somministrazione, eventuale piano d'azione);• forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci: <ul style="list-style-type: none">• verifica la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la somministrazione di farmaci. (Gli operatori scolastici sono individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso);• individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco;• garantisce la corretta conservazione del farmaco;• prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.

Il presente protocollo è pubblicato sul sito web della scuola ai sensi e per gli effetti del D.lgs n. 33/2013 e ss.ii.mm.

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci da parte di personale della scuola in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a _____ in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ il _____ e frequentante nell'a. s. ____/____

la Scuola: dell'Infanzia Primaria Secondaria

Classe _____ Sezione _____ plesso _____

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: _____

AUTORIZZA

il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore e si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente qualunque cambiamento del piano terapeutico.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'Allegato 3

Numeri di telefono:

Medico Curante, Dott./Dott.ssa _____ tel. _____

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

madre _____ padre _____

Altri numeri utili _____

In fede.

Luogo e data _____,

Firma madre _____

Firma padre: _____

Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

VISAO la richiesta della famiglia (Prot. n. _____ del _____) per la somministrazione in orario scolastico di farmaci dell'alunno/a _____;

VISTO il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

CONSIDERATO che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità nei dosaggi;

VISTA l'assoluta necessità della somministrazione di terapie farmacologiche in orario scolastico o per patologie acute;

VISTA la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

Si fornisce formale disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità

alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Il Dirigente Scolastico

DICHIARAZIONE MEDICO CURANTE

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ il _____ residente a _____

Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i _____

Si dichiara

- che per la somministrazione del suddetto farmaco non sono richieste specifiche competenze di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica
- che, pertanto, non è imputabile né ai singoli operatori, né alla scuola alcuna responsabilità per eventuali errori nella manovra di somministrazione e per le conseguenze sanitarie sul minore anche in caso di eventuali effetti indesiderati;

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

durata della terapia *(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

Luogo e data _____, _____

timbro e firma del medico

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione (o auto somministrazione) di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a _____ in qualità di

- Genitore
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale
di

(Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ il _____ e frequentante nell'a. s. ____/____

la Scuola: dell'Infanzia Primaria Secondaria

Classe _____ Sezione _____ plesso _____

CHIEDE

- L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti alla somministrazione del/i farmaco/i al minore sopra indicato, coerentemente alla certificazione medica allegata;
 L'autorizzazione all'auto somministrazione del farmaco (da parte dell'alunno)

*****Eventuale Delega**

Il sig. _____ di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della terapia (Allegato n. 3).

Numeri di telefono:

Medico Curante, Dott./Dott.ssa _____ tel. _____

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

madre _____ padre _____

Altri numeri utili _____

*Nel caso firmi un solo genitore, questi dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la responsabilità genitoriale.

In fede,

Luogo e data _____,

Firma madre _____

Firma padre: _____

VERBALE CONSEGNA FARMACO

VISTA la richiesta della famiglia (Prot. n. _____ del _____) per la somministrazione in orario scolastico di farmaci all'alunno/a _____;

VISTO il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

CONSIDERATO che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

VISTA l'assoluta necessità della somministrazione di terapie farmacologiche in orario scolastico o per patologie acute;

VISTA la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

si mette agli atti con il presente verbale che, in data _____, alle ore _____ presso l'istituzione scolastica "A. Negri", plesso _____ di _____ viene consegnato dai genitori dell'alunno _____ il/i seguente/i farmaco/i:

- _____ con data di scadenza _____;
- _____ con data di scadenza _____;
- _____ con data di scadenza _____;

Le confezioni dei farmaci sono integre e gli stessi, recepiti dall'insegnante _____.

Gli stessi vengono conservati, in sicurezza e fuori dalla portata dei bambini, all'interno di una scatola ispezionabile e rapidamente raggiungibile riposta _____.

I genitori si impegnano:

- a fornire alla scuola una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto;
- a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo e data _____,

Firma madre _____ *

Firma padre: _____ *

*Nel caso firmi un solo genitore, questi dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la responsabilità genitoriale.

Firma dell'insegnante

VERBALE INCONTRO DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE

VISTA la richiesta della famiglia (Prot. n. _____ del _____) per la somministrazione in orario scolastico di farmaci all'alunno/a _____;

VISTO il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

CONSIDERATO che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

VISTA l'assoluta necessità della somministrazione di terapie farmacologiche in orario scolastico o per patologie acute;

VISTA la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

in data _____, alle ore _____ presso l'istituzione scolastica "A. Negri", plesso _____ di _____

si è svolto l'incontro formativo/informativo alla presenza:

- del Medico curante, dott./dott.ssa _____
- del/la sig./ra _____ madre/padre dell'alunno/a _____;
- del seguente personale docente e non docente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

finalizzato all'acquisizione di informazioni più dettagliate circa i seguenti punti:

- la presa d'atto della certificazione medica;
- la patologia e le sue manifestazioni;
- la tipologia di farmaco e la fattibilità delle idonee modalità di somministrazione dello stesso;
- l'eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;
- la non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;
- l'assenza di conseguenze sanitarie sul minore in caso di possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione, anche in caso di eventuali effetti indesiderati;
- le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;
- l'indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118 o al 112, numero di emergenza Unico Europeo, chiamata alla famiglia;

e precisamente:

Luogo e data _____, _____

Firma madre _____ *

Firma padre: _____ *

*Nel caso firmi un solo genitore, questi dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la responsabilità genitoriale.

Il medico curante
Dott./Dott.ssa _____

Firma _____

Firma dell'insegnante verbalizzante

NOMINA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

VISTA la richiesta della famiglia (Prot. n. _____ del _____) per la somministrazione in orario scolastico di farmaci all'alunno/a _____;

VISTO il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

CONSIDERATO che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

VISTA l'assoluta necessità della somministrazione di terapie farmacologiche in orario scolastico o per patologie acute;

VISTA la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

VISTO l'Allegato 3 in cui il medico curante solleva la scuola e il personale delegato alla somministrazione del farmaco da ogni responsabilità penale e civile da essa derivante.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELEGA

L'insegnante / ATA _____ alla somministrazione della terapia in caso di necessità del farmaco _____ secondo le prescrizioni mediche allegate che di seguito si sintetizzano:

Il Dirigente Scolastico

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

L'Istituto Comprensivo "Ada Negri" Magnago (telefono 0331658080 - email: miic84200d@istruzione.it - PEC: miic84200d@pec.istruzione.it) nella persona del Dirigente Scolastico, legale rappresentante *pro tempore*, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali (di seguito, il "Titolare" o la "Scuola"), fornisce ai genitori/tutori degli studenti e agli stessi studenti alcune informazioni sui trattamenti dei dati personali che li riguardano nell'ambito della richiesta inoltrata alla Scuola di somministrazione di farmaci salvavita. Il trattamento dei dati personali, richiesti per la somministrazione dei farmaci, attraverso i moduli presentati al Titolare, sarà esclusivamente finalizzato per effettuare la somministrazione di farmaci salvavita da parte del personale della scuola appositamente incaricato. La base giuridica del trattamento è il consenso esplicito dell'interessato, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. a) del GDPR nonché la tutela di un interesse vitale, ai sensi dell'art 9), comma 2, lett. c) del GDPR. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza minime e delle regole di riservatezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Nei limiti pertinenti alle finalità sopra indicate, i dati personali potranno essere comunicati a/conosciuti da parte di soggetti appositamente autorizzati dal Titolare. I dati raccolti non saranno invece comunicati/diffusi a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute. I dati personali, oggetto di trattamento, saranno conservati, per il tempo in cui il Titolare del trattamento è soggetto ad obblighi di conservazione previsti, da norme di legge. Gli interessati hanno facoltà di esercitare i diritti previsti ai sensi della normativa vigente (artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22 del GDPR) nonché di proporre reclamo all'Autorità di controllo dello Stato di residenza (Garante Privacy). Il responsabile della protezione dei dati della Scuola è Karon s.r.l., in persona del Dott. Federico Croso, è contattabile al numero telefonico: 0163 03 50 22 o all'indirizzo email: dpo@gdprscuola.it.

I sottoscritti _____

In qualità di Genitori / Tutori dell'alunno/a

frequentante la classe _____ sez. _____ (di seguito, "Studente").

DICHIARANO

di aver preso visione dell'Informativa privacy sopra riportata e conseguentemente ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003

- **PRESTANO IL PROPRIO CONSENSO**
- **NON PRESTANO IL PROPRIO CONSENSO** (e in tale caso la scuola non potrà somministrare i farmaci salvavita allo Studente)

al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. a) del GDPR per la somministrazione dei farmaci per le modalità e finalità indicate nell'informativa.

Luogo e data: _____

Firma di entrambi i Genitori* / Tutori _____

*Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.